VII kadencja



KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 49)
z dnia 23 października 2012 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 49)

23 października 2012 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posłów: **Bolesława Piechy (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Tomasza Latosa (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację o zagrożeniu epidemiologicznym przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

W posiedzeniu udział wzięli: **Sławomir Neumann** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Przemysław Żak** doradca ekonomiczny w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, prof. **Waldemar Halota** przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV wraz ze współpracownikami, **Mirosław Wysocki** dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny wraz ze współpracownikami, **Maciej Bogucki** prezes Instytutu Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, prof. **Robert Flisiak** kierownik i ordynator Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, **Zdzisław Bujas** wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, **Elżbieta Puacz** prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Marek Walkiewicz** delegat Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Joanna Zabielska-Cieciuch** przedstawicielka Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie", **Barbara Pepke p**rezes Fundacji „Gwiazda Nadziei", **Magdalena Kożuchowska** prezes Fundacji „Transplantacja O.K.!" oraz przedstawiciele pacjentów.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak** oraz **Maria Taurogińska-Kopeć** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

W posiedzeniu udział wzięła lobbystka **Anna Kadzikiewicz** – VIEWPOINT GROUP.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji. Chciałbym przywitać państwa, a szczególnie panie i panów posłów na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam pana ministra z przedstawicielami resortu i instytucji współpracujących. Witam ekspertów, którzy przygotowali raport będący przedmiotem naszego dzisiejszego posiedzenia. Witam zaproszonych gości – szczególnie serdecznie witam przedstawicieli pacjentów, którzy borykają się na co dzień z konsekwencjami zakażenia wirusem HCV. Myślę, że możemy zaczynać.

Zanim zaproponuję krótki porządek, na początek sprawy formalne dotyczące przyjęcia protokółu z poprzedniego posiedzenia Komisji. Jeśli są jakieś głosy w tej sprawie, to proszę bardzo. Protokół jest do wglądu w sekretariacie Komisji Zdrowia. Rozumiem, że nie ma chętnych do zabrania głosu. W związku z tym zaproponuję następujący porządek.

Ponieważ punkt, który dziś omawiamy, obejmuje szerokorozumianą sprawę ochrony zdrowia, a także zdrowia publicznego, ponieważ ma bardzo poważne implikacje zdrowotne dla całego społeczeństwa – całej populacji, a nie tylko dla tych, którzy mieli wątpliwą przyjemność zachorowania na WZW typu C, chciałbym zaproponować, żeby na początek pan Maciej Bogucki, prezes Instytutu Ochrony Zdrowia, zaprezentował raport, który jest do wglądu – mogą państwo się z nim zapoznać. Jest on zatytułowany „Raport – rekomendacje 2013-2014. Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce". Chciałbym, żeby krótko zaprezentował ten raport pan prezes Maciej Bogucki. Rozumiem, że pan prof. Halota, przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV i pan prof. Robert Flisiak, kierownik i ordynator Kliniki Chorób

Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, będą pana prezesa wspierać.

Chciałbym, żeby później zabrał głos minister zdrowia i przedstawił swoje informacje na temat epidemiologii oraz leczenia chorych z WZW typu C. Państwo otrzymali tę Informację Ministra Zdrowia. Tym razem, po bardzo złośliwych uwagach ze strony niektórych mediów, że kazałem wyciąć Puszczę Białowiską z okolicami i wydrukować 16 tys. stron, dostali to państwo na iPodach. Ja mam jeden egzemplarz papierowy, a wam życzę miłej lektury z tych iPodów.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Czy Puszcza Białowieska na tym nie ucierpiała?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Nie, to jest tylko chwast z mojej działki. Oczywiście państwo otrzymali Informację Ministra Zdrowia – jest ona stanowiskiem ministra zdrowia. Później poprosiłbym o dyskusję – pytania, przemyślenia czy postulaty zgłaszaliby posłowie. Chciałbym również, żeby głos zabrali nasi goście. Rzadko gościmy przedstawicieli pacjentów, a sądzę, że zwłaszcza w takich sprawach jak dzisiejsza, kiedy mówimy nie tyle o polityce, ile o wyzwaniach, które stoją przed polską i europejską ochroną zdrowia, jeżeli chodzi o problem WZW – epidemiologii, zakażenia, radzenia sobie z problemem leczenia i unikania nadmiernych kosztów. Chciałbym, żeby głos zabrali również pacjenci i inni eksperci.

Jeszcze raz wszystkich witam. Bardzo proszę, panie prezesie, o zaprezentowanie Wysokiej Komisji raportu „Diagnostyka i terapia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C w Polsce". Proszę uprzejmie.

Prezes Instytutu Ochrony Zdrowia Maciej Bogucki:

Panie przewodniczący, szanowni państwo, niech mi najpierw będzie wolno przeprosić tych państwa, do których siedzę tyłem, i przeprosić, że siedzę, ale zostałem tutaj usadzony przez pana przewodniczącego…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Przepraszam, że przerwę. To moja wina, ale nagrywamy wystąpienia. Nie mamy tu stojącego mikrofonu. Mam nadzieję, że państwo to zrozumieją i wybaczą.

Prezes IOZ Maciej Bogucki:

Dziękuję bardzo za wsparcie, panie przewodniczący. Proszę państwa, rozmawiamy o jednym z trzech najpoważniejszych obecnie wyzwań – problemów zdrowia publicznego, jakim jest przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C. Obok otyłości i wyzwań demograficznych WZW typu C jest trzecim najpoważniejszym wyzwaniem. Dlaczego? Chociażby dlatego, że co 52 Polak w przypadku zastosowania testu przeciw HCV osiągnąłby wynik pozytywny, czyli 730 tys. Polaków.

Proszę państwa, starając się zaproponować rozwiązanie tej sytuacji, Instytut Ochrony Zdrowia poprosił zespół ekspertów o współpracę i zaproponowanie kompleksowego, przemyślanego rozwiązania, które pozwoli rozpocząć w latach 2013-2014 radzenie sobie z wyzwaniem epidemiologicznym, jakim jest HCV. To, co my proponujemy, tak naprawdę tego problemu nie rozwiąże. To jest dopiero początek drogi.

Proszę państwa, chciałbym bardzo podziękować autorom współpracującym przy powstaniu naszego raportu. Mają państwo listę tych autorów na przeźroczu.

Jak państwu powiedziałem, 730 tys. Polaków miało kontakt z wirusem HCV, czyli miałoby pozytywny wynik badania. Co jest niezwykle istotne, około 80% tych pacjentów zostało zakażonych w trakcie zabiegów medycznych. System ochrony zdrowia ponosi pewną odpowiedzialność za to, żeby tym pacjentom pomóc. 730 tys. Polaków miało kontakt z wirusem, to znaczy, że wymaga dalszej diagnostyki, natomiast zgodnie z danymi Programu Szwajcarskiego, potwierdzonymi ostatnio również w czasie konferencji, w której miałem okazję uczestniczyć – te dane możemy traktować już nie jako szacunki, ale jako potwierdzone dane w kolejnych badaniach – około 200 tys. Polaków ma aktywną postać HCV, czyli pozytywny wynik badania HCV RNA i pozostają niezdiagnozowani. 200 tys. Polaków chodzi po naszych ulicach nieświadomych tego, że ma aktywną postać wirusa, co oczywiście stanowi zagrożenie dla nich i dla ich bezpośredniego otoczenia.

Dodam, że jest to co 165 Polak. Proszę państwa, dotąd udało się nam zdiagnozować tylko 50 tys. pacjentów na ponad 200 tys. z aktywną wiremią.

Teraz, niestety, muszę już przejść do szacunków, ponieważ nie ma twardych danych w tym zakresie, ale według naszego eksperta mamy prawdopodobnie 14 tys. nowych zakażeń rocznie. Wykrywamy obecnie tylko 2 tys., a więc problem ewidentnie narasta. Roczne koszty pośrednie i bezpośrednie, związane z wirusowym zapaleniem wątroby typu C, szacujemy na 15 mld zł rocznie, z czego 98% to koszty związane z przedwczesną umieralnością.

Proszę państwa, to, że wirusowe zapalenie wątroby typu C jest problemem poważnym – oprócz tego, że ja tak mówię i większość obecnych tu ekspertów – jest potwierdzone w dokumencie Parlamentu Europejskiego z 2006 r. w sprawie pilnych i priorytetowych działań w zakresie diagnostyki i leczenia HCV w Europie oraz – co niezwykle ważne – również w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015. Jest to nasz, polski narodowy program, w którym, w celu strategicznym nr 7, to właśnie HCV jest wymienione na pierwszym miejscu.

Mamy program zwalczania HCV Polskiej Grupy Ekspertów HCV z 2005 r., który – niestety – nie doczekał się jeszcze wdrożenia. Mamy nadzieję, że to nasze wsparcie przyczyni się do tego, że do tej propozycji będziemy mogli wrócić.

Proszę państwa, nasza rekomendacja związana jest z trzema elementami – prewencją nowych zakażeń, prewencją wtórną zapobiegania odległym następstwom i eliminacją zakażenia. Uważamy, że jest to kompleksowe podejście, które chcemy zaproponować. Jak powiedziałem, jest to podejście systemowe, po raz pierwszy z szacunkiem kosztów. Co ważne, jest to początek. Jeszcze raz to podkreślę – to nie jest rozwiązanie problemów.

Jeśli chodzi o prewencję nowych zakażeń, dotyczy to oczywiście edukacji nadzoru sanitarnego. Muszę przyznać, że w tym zakresie bardzo dużo dobrego się dzieje, jeżeli chodzi o aktywność głównego inspektora sanitarnego i organizacji pacjenckich. Ten element jest również ważną częścią Programu Szwajcarskiego, który właśnie wystartował i przewidziany jest na lata 2012-2016.

Jeżeli chodzi o prewencję wtórną zapobiegania odległym następstwom, to mówimy o wczesnej diagnostyce i badaniach przesiewowych. W tym zakresie nie mamy do tej pory żadnego systemowego rozwiązania. Były badania pilotażowe, badania na mniejszych i większych grupach pacjentów. Również w Programie Szwajcarskim są przewidziane badania pilotażowe, ale wciąż brakuje nam rozwiązania systemowego. My takie rozwiązanie systemowe staramy się zaproponować.

Trzeci element, to eliminacja zakażenia, czyli dostęp do bezpiecznych i skutecznych terapii. Tu niewątpliwie warto zaznaczyć, że w tym zakresie mamy program terapii dwulekowej i czekamy na program lekowy dla terapii trójlekowej. Całościowo – jak powiedziałem – proponujemy rozwiązanie systemowe.

Jeżeli chodzi o pierwszą część, czyli prewencję nowych zakażeń, edukację i nadzór sanitarny, to w tym zakresie – jak już powiedziałem – dużo się dzieje. Brakuje oczywiście rozwiązań systemowych.

Pierwsza część naszej rekomendacji, to zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie standardów bezpieczeństwa w trakcie drobnych zabiegów medycznych i kosmetycznych poprzez działania informacyjne. W tym zakresie zarówno stowarzyszenia pacjenckie, jak i główny inspektor sanitarny, odgrywają dużą rolę.

Drugi element, który rekomendujemy, to podjęcie z Naczelną Izbą Lekarską szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie chorób zakaźnych, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki HCV, na przykład, w ramach systemu punktów edukacyjnych.

Trzeci element – nawiązanie współpracy pomiędzy wojewódzkimi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi a regionalnymi kuratorami oświaty w kwestii organizacji spotkań informacyjnych na temat HCV.

Czwarty element – propozycja stworzenia przez NIZP-PZH oraz głównego inspektora sanitarnego kursów e-learningu, które są teraz najprostsze, najtańsze i najbardziej dostępne, na temat zakażeń HCV, przeznaczonych dla personelu medycznego.

Druga część naszej rekomendacji jest niezwykle ważna, bo w tym zakresie dotąd nie było żadnego rozwiązania systemowego. Proponujemy utworzenie programu zdrowotnego, finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, badań przesiewowych w kierunku HCV. Szacujemy, że rocznie powinno być realizowanych milion testów anty-HCV, co pozwoli wykryć około 7 tys. pacjentów z aktywną postacią wirusa HCV. Proponujemy, aby to był program zdrowotny realizowany w szpitalach, przede wszystkim na oddziałach chirurgicznych. Dlaczego w szpitalach? Dlatego, że podobne programy realizowane w POZ wymagają dużych dodatkowych kosztów i zapraszania pacjentów. Wydaje się, że realizacja w szpitalach jest najbardziej wskazana. Dodatkowym cennym elementem jest to, że byłoby to wówczas świadczenie w pełni raportowane Narodowemu Funduszowi Zdrowia, a dzięki temu w pełni kontrolowane i zarządzane przez NFZ. Następny element, to ustanowienie rejestru wypadków, co jest istotne. Ważne, aby ten rejestr uwzględniał tak zwane przypadki niepotwierdzone i przypadki potwierdzone.

Trzeci, ostatni element – eliminacja istniejących zakażeń, czyli dostęp do bezpiecznych i skutecznych terapii. Jak powiedziałem, mamy w tej chwili – i bardzo dobrze – program dla terapii dwulekowej. Leczymy obecnie 2-2,5 tys. pacjentów. Wydaje się, że ta liczba powinna być zwiększona chociażby do 3,5 tys. pacjentów rocznie. Wiemy, że aktualnie trwa proces akceptacji – liczymy na to, że zakończy się pozytywnie – wprowadzenia terapii trójlekowych dla chorych zakażonych genotypem 1 wirusa HCV oraz w grupach pacjentów dotychczas nieleczonych. Uważamy, że terapią trójlekową powinno być objętych 1000 pacjentów rocznie, chociaż w pierwszym roku – mamy nadzieję, że to będzie rok 2013 – racjonalnie rzecz biorąc, terapią trójlekową udałoby się przeleczyć nie więcej niż 750 osób.

Tak, jak powiedziałem, próbowaliśmy oszacować koszty. Jeżeli badania przesiewowe byłyby realizowane poprzez program zdrowotny, to założyliśmy, że zbudowanie i akceptacja takiego programu potrwa około roku. W związku z tym, taki program mógłby wystartować dopiero w 2014 r. i kosztowałby w tym roku – jak państwo widzą – około 30 mln zł. Chociaż przyznam, że wczorajsze wystąpienie pana premiera wskazuje na to, że można to przyspieszyć. Jeśli to możliwe, żeby program zdrowotny wprowadzić w pół roku, warto by rozważyć, czy i ten program przesiewowych w kierunku HCV można byłoby wprowadzić szybciej niż od 1 stycznia 2014 r.

Program lekowy dla terapii dwulekowej. Jak powiedziałem, 3,5 pacjentów zarówno w roku 2013, jak i 2014. Jednostkowy koszt terapii, około 33 tys. zł, daje 115 mln zł.

Program lekowy dla terapii trójlekowej. Jeżeli założymy 750 pacjentów w przyszłym roku, to koszt wyniósłby 90 mln zł, a w 2014 r. – 120 mln zł. Daje to oczywiście pokaźne sumy, ale próbuję pokazać szacunek takich kosztów w sposób całościowy. W związku z tym te koszty w 2013 r. wyniosłyby 205 mln zł, a w 2014 r., odpowiednio 265 mln zł. Zakładając, że w tym roku system ponosi koszty na poziomie 130 mln zł, oznacza to konieczność zwiększenia finansowania o około 75 mln zł w przyszłym roku i odpowiednio 135 mln zł w 2014 r.

Proszę państwa, nie możemy czekać. Liczymy na to, że ten program znajdzie akceptację zarówno regulatora, jak i płatnika. Liczymy również na to, że nasza rekomendacja, kiedy zostanie wdrożona, pozwoli, wraz z realizacją Programu Szwajcarskiego, przyjąć na lata 2015-2020 strategię i pomysł na ostateczne rozprawienie się z wirusem HCV w Polsce. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz proszę o zabranie głosu pana profesora Halotę. Proszę.

Przewodniczący Polskiej Grupy Ekspertów HCV prof. Waldemar Halota:

Bardzo dziękuję. Chciałbym powiedzieć, że jeżeli nie przyspieszymy dynamiki rozpoznawania zakażeń HCV w Polsce, to zakażenie ostatniego obecnie żyjącego pacjenta zostanie rozpoznane za około 300 lat, ponieważ rocznie mamy 2 tys. nowych rozpoznań, czasami 3 tys. Problem jest szczególnie ważny.

Dlaczego jest to ważny problem? Dlatego, że skutkiem nierozpoznania jest pozbawienie pacjenta, po pierwsze, opieki medycznej, a po drugie, powstaje efekt w postaci

narastania zagrożenia nowymi zakażeniami HCV. Rezerwuarem zarazka stają się Polacy bezobjawowo zakażeni HCV, którzy o tym nie wiedzą.

Dlaczego mówimy „cicha epidemia" czy „wirusowa bomba zegarowa"? Dlatego, że objawy pojawiają się po mniej więcej kilkunastu-dwudziestu latach od ekspozycji na zakażenie HCV i należą do nich objawy marskości wątroby, wyrównanej marskości wątroby oraz raka wątrobowo-komórkowego wtedy, kiedy możliwości farmakologicznego leczenia tych zakażeń praktycznie się wyczerpują, a trudno zakładać, że na tyle poprawi się zdolność leczenia przeszczepieniami wątroby, żeby mogło to pomóc pacjentom. Chciałbym zauważyć, że rocznie przeszczepiamy od 250 do 300 wątrób.

Mówimy oczywiście o pieniądzach – pan prezes o tym wspomniał – bo pieniądze zawsze są potrzebne. Chciałbym jednak państwu uświadomić, że jeżeli pieniędzy nie znajdziemy odpowiednio wcześnie, to pojawią się szkody finansowe i ogromne straty społeczne w odpowiednio późniejszym czasie. Nie unikniemy strat finansowych. Mądrość nasza może polegać tylko na tym, że znajdziemy metodę, aby wydać mniej pieniędzy wcześniej. Dziękuję państwu za uwagę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pan prof. Flisiak.

Kierownik i ordynator Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku prof. Rober Flisiak:

Dziękuję bardzo za głos. Proszę państwa, mamy do czynienia z chorobą, którą możemy skutecznie leczyć już teraz, z wykorzystaniem terapii dwulekowej. Ponad 40% pacjentów zakażonych najczęstszym genotypem 1, może mieć całkowicie wyeliminowane zakażenie. W takiej sytuacji naprawdę grzechem jest nie wychwycenie tych pacjentów, nie zaproponowanie im leczenia, zwłaszcza, że utrzymywanie się tego zakażenia grozi rozwojem stanów chorobowych zagrażających życiu, a na pewno je skracających.

W roku 2011, w Unii Europejskiej – a więc i w Polsce – zostały zarejestrowane dwa leki, które podnoszą skuteczność terapii z 40% do 70-75%. Można śmiało powiedzieć, że jest to rewolucja w terapii, jaką rzadko się spotyka w innych dziedzinach współczesnej medycyny. Dowodem na to jest fakt, że tylko w roku 2011 najbardziej prestiżowe czasopismo medyczne na świecie, czyli „The New England Journal of Medicine", aż w pięciu artykułach pozwoliło na swoich łamach opublikować wyniki badań nad tymi lekami – lekami w jednym wskazaniu. To jest unikatowa sytuacja w medycynie.

W tej chwili najbardziej istotne, w mojej opinii, jest to, że jeżeli uda się uzyskać akceptację finansową i polityczną na finansowanie tych nowych terapii – terapii trójlekowej – żeby nie odbyło się to kosztem liczby leczonych pacjentów. Czyli, jeżeli nowe terapie, które oczywiście podnoszą koszty leczenia, zostaną sfinansowane, żeby to się odbyło razem ze zwiększeniem środków na całe leczenie zakażeń HCV. W przeciwnym wypadku okaże się, że możemy leczyć znacznie mniej pacjentów, nawet jeżeli część z nich będzie mieć dostęp do nowoczesnych terapii, a w konsekwencji długoterminowo okaże się, że w zasadzie nic dzięki temu nie zrobiliśmy w kwestii zapobiegania marskości wątroby i rakowi pierwotnemu wątroby. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, teraz pana proszę o zabranie głosu.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Sławomir Neumann:

Szanowni państwo, przedstawię w skrócie materiał, który państwo otrzymali. Potem poprosiłbym o uzupełnienie pana profesora Horbana w zakresie leczenia, pana ministra Posobkiewicza w zakresie działania inspekcji sanitarnej, a następnie pana profesora Wysokiego i pana profesora Zielińskiego – w tej kolejności – o przedstawienie informacji o zagrożeniu epidemiologicznym przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C.

Sytuacja w Polsce na tle innych krajów Europy i świata.

Według Światowej Organizacji Zdrowia, na świecie żyje obecnie około 150 mln ludzi przewlekle zakażonych HCV. Rozpowszechnienie przeciwciał anty-HCV w Europie wynosi średnio od 1,1% do 1,3%, wahając się od 0,4% w Szwecji, Niemczech i Holandii do ponad 20% w jednym z regionów Włoch. Rzeczywista liczba zakażeń wirusem zapa-

lenia wątroby typu C w Polsce jest trudna do oszacowania z uwagi na fakt, że zakażenie wirusem może przez wiele lat przebiegać bezobjawowo. Niemniej jednak, rozpowszechnienia antyciał HCV kształtuje się na poziomie 1,1%, co sytuuje nasz kraj wśród krajów europejskich o średnim współczynniku rozpowszechnienia tego wirusa.

Należy zaznaczyć, iż rejestruje się zachorowania już trwające, którym towarzyszą określone objawy kliniczne. Występowanie objawów klinicznych u chorego nie oznacza, że jest to nowy przypadek zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C. Ponadto, zachorowania bezobjawowe lub niepoddane diagnostyce, często nie są w ogóle odnotowywane, co jest przyczyną niepełnych danych epidemiologicznych. Wpływ na sytuację epidemiologiczną HCV w kraju ma również niski poziom rozpoznawania przypadków lub niedostateczna wiedza o HCV wśród personelu medycznego oraz w społeczeństwie. Trzeba także dodać, że społeczny odbiór choroby jest w Polsce negatywny. Mimo że zakażenie w większości przypadków nie wynika z ryzykownych zachowań, HCV jest odbierane jako choroba stygmatyzująca.

Skala problemu szerzenia się HCV i jego możliwe konsekwencje dla zdrowia publicznego, są w ostatnich latach wyraźnie podkreślane w Europie. W Europie, gdzie HCV przyczynia się do 86 tys. zgonów rocznie, czyli ponad dwukrotnie więcej niż AIDS, 95% kosztów społecznych to koszty związane ze stadiami choroby, którym można było zapobiec. Wiąże się to z niedostateczną dostępnością diagnostyki w kierunku HCV. Na podstawie dostępnych danych szacuje się, że w Europie tylko od 10% do 40% zakażonych wirusem HCV jest świadomych faktu zakażenia, a Polska należy do krajów o niskim odsetku wykrytych zakażeń.

Ocena zagrożeń epidemiologicznych, spowodowanych przez zakażenia HCV.

W ocenie sytuacji epidemiologicznej związanej z zakażeniami HCV, należy wziąć pod uwagę zagrożenie zdrowia ludności spowodowane aktualnym rozpowszechnieniem zakażeń HCV. Osoby aktualnie zakażone stanowią podstawowy, jedyny rezerwuar wirusa, który może przenosić się na osoby niezakażone. Wśród czynników wpływających na prawdopodobieństwo zakażenia innych osób, należy wymienić, po pierwsze, obecność wirusa we krwi i częstość występowania nierozpoznawalnych zakażeni populacji. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że rozpoznanie i leczenie osób zakażonych HCV poprzez eliminację źródła zakażenia jest ważnym działaniem zapobiegającym szerzeniu się tych zakażeń.

Wdrożenie odpowiednich procedur w placówkach opieki zdrowotnej.

Odpowiednie procedury mają na celu przecięcie drogi szerzenia się wirusa poprzez zanieczyszczony sprzęt medyczny i obejmują stosowanie sprzętu jednorazowego – czyli, „jedna igła, jedna strzykawka, jeden pacjent" – odpowiednie procedury przy używaniu leków w opakowaniach wielodawkowych – najlepiej „jeden pacjent, jedno opakowanie" – odpowiednie postępowanie z odpadami i utylizację zużytych materiałów, odpowiednią sterylizację narzędzi wielokrotnego użytku oraz przestrzeganie zasad bezpiecznej iniekcji przez personel medyczny.

Postępowanie personelu punktów świadczących usługi kosmetyczne i inne, w których może dojść do naruszenia ciągłości skóry.

Problem ten jest poważny i do tej pory nie został w pełni rozwiązany. Omawiane zakłady muszą być poddawane zewnętrznej kontroli przez inspekcję sanitarną. Ważne jest również uświadomienie pacjentów odnośnie do zagrożeń, które mogą być związane z zabiegami z zakresu medycyny kosmetycznej i chirurgii kosmetycznej.

Zachowanie osób używających lub uzależnionych od substancji odurzających.

Wirus HCV szczególnie łatwo szerzy się w przypadku iniekcji z użyciem wspólnych igieł i strzykawek, ale znaczenie ma też używanie innego sprzętu – filtry, garnki, woda. Należy położyć nacisk na ograniczenie przyjmowania narkotyków w iniekcjach, wstrzykiwanie sterylnym sprzętem, a także wykrywanie i leczenie zakażeń.

Zachowanie osób zakażonych, które wiedząc o tym, że mogą być źródłem zakażenia. Powinny one postępować szczególnie ostrożnie w sytuacjach, w których zakażenie mogłoby się przenieść na inne osoby przy przypadkowym kontakcie z krwią, na przykład w przypadkach skaleczeń i opatrywania ran czy wspólnego korzystania z przyborów toaletowych przez domowników.

Zachowanie osób niezakażonych.

Dotyczy to zachowania środków ostrożności, na przykład, zakładanie rękawiczek przy przypadkowym kontakcie z krwią w sytuacji zranień innych osób.

Zgodnie z oceną głównego inspektora sanitarnego, należy podkreślić, że bezpieczeństwo epidemiologiczne wykonywanych świadczeń zdrowotnych uległo w ciągu ostatnich kilku lat zdecydowanej poprawie. Ten postęp mamy dzięki podejmowanym od 2002 r. działaniom o charakterze uregulowań prawnych i bieżącego nadzoru sanitarnego. W związku z intensywnym rozwojem i popularyzacją zabiegów upiększających ciało, dominujące w kwestii szerzenia zakażeń stają się zakłady oferujące usługi niebędące świadczeniami zdrowotnymi, a wiążące się z przerywaniem ciągłości tkanek ludzkich, takie jak: tatuaż, kolczykowanie, zabiegi pielęgnujące paznokci. Niskie, szacowane na około 5% ryzyko zakażenia występuje w odniesieniu do noworodków, których matki były zakażone HCV, bowiem wirus nie przenosi się z mlekiem matki. Zwiększone ryzyko transmisji z matki na noworodka może występować jedynie w przypadku, gdy matka jest równocześnie zakażona HCV i HIV, i znajduje się w okresie wiremii. W ocenie konsultanta krajowego w dziedzinie chorób zakaźnych, zagrożenie epidemiologiczne przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby typu C w Polsce jest relatywnie nieduże.

Działania podejmowane na rzecz walki z HCV.

Z uwagi na brak swoistych metod zapobiegania zakażeniom HCV, na przykład w drodze szczepień ochronnych, jedynie działania nieswoiste, polegające na wdrażaniu i utrzymaniu wysokich standardów higieniczno-sanitarnych wykonywania świadczeń medycznych oraz innych zabiegów przebiegających z naruszeniem ciągłości tkanek, mogą zapobiec szerzeniu się zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu C.

Od 2002 r. podejmowane są działania w zakresie uregulowań prawnych, podobnie jak i w zakresie nadzoru sanitarnego, mające na celu poprawę warunków sanitarnych udzielania świadczeń zdrowotnych oraz w zakresie sterylizacji narzędzi oraz dezynfekcji pomieszczeń i urządzeń. Podmioty wykonujące działalność leczniczą są zobowiązane do prowadzenia w tym zakresie własnych działań, między innymi poprzez tworzenie zespołów i komitetów kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i wdrażanie wewnętrznych procedur udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób minimalizujący ryzyko szerzenia się zakażeń szpitalnych, w tym wywołanych przez HCV. Państwowa Inspekcja Sanitarna od kilku lat w zakresie swoich kompetencji ustawowych czyni starania zmierzające do zmniejszenia liczby zakażeń spowodowanych wirusem zapalenia wątroby typu C w Polsce. Są one podejmowane w kontekście udzielania zarówno usług medycznych, jak i innych czynności, w trakcie których dochodzi o naruszenia ciągłości tkanek.

W 2012 r. rozpoczął się, współfinansowany ze środków Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy, program „Zapobieganie zakażeniom HCV". W ocenie Ministerstwa Zdrowia, kluczową kwestią jest poszerzenie wiedzy społeczeństwa w obszarze HCV. Odnosi się to zarówno do całego społeczeństwa, jak i do poszczególnych grup zawodowych i grup ryzyka, dlatego w czasie trwania wspomnianego projektu będzie prowadzana kampania informacyjna i promocyjna. Punktem wyjścia do kampanii będzie założenie, iż najważniejszą metodą zapobiegania zakażeniom HCV jest zapewnienie odpowiedniego poziomu wiedzy społeczeństwa na temat zakażeń krwiopochodnych i wczesna diagnostyka osób z grup ryzyka oraz zastosowanie procedur uniemożliwiających szerzenie się zakażeń.

Celem działań podejmowanych w trakcie trwania kampanii będzie zwiększenie świadomości społecznej na temat źródeł i dróg szerzenia się zakażenia, co pozwoli zmniejszyć problem stygmatyzacji społecznej osób zakażonych, a w polityce długofalowej wpłynie na zmniejszenie ryzyka zakażeń wirusem HCV, przyczyniając się do poprawy zdrowotności ogółu społeczeństwa. Założone cele kampanii będą realizowane poprzez: upowszechnianie wiedzy na temat sposobów zapobiegania zakażeniom HCV; podkreślenie społecznego i ekonomicznego znaczenia profilaktyki zakażeń HCV; kształtowanie i promowanie odpowiednich postaw i zachowań zdrowotnych; zachęcanie ludzi do wykonywania diagnostycznych badań przesiewowych w kierunku HCV; informowanie społeczeństwa o działaniach prowadzonych w ramach programu zapobiegania zakażeniom HCV.

Niezależnie od powyższego, konieczne jest nawiązanie szerokiej współpracy ze środowiskiem lekarskim i medycznym. Istnieje konieczność przeprowadzania szeroko dostępnych szkoleń dla personelu narażonego na transmisję wirusa.

Kolejnym, w ocenie resortu, ważnym elementem w walce z HCV jest monitoring.

Program „Zapobieganie zakażeniom HCV" obejmuje projekt „Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV". Głównym celem będzie usprawnienie strategii diagnostyki HCV w populacji ogólnej, poprzez badania wykonywane na poziomie podstawowej opieki medycznej, z uwzględnieniem oceny indywidualnego ryzyka. Celami pośrednimi projektu będą: badanie przesiewowe w kierunku zakażenia HCV wybranej grupy z populacji ogólnej, to znaczy, pacjentów współpracujących placówek podstawowej opieki zdrowotnej; zapewnienie konsultacji oraz kierowanie do dalszych badan osób, u których zdiagnozowano HCV; dostarczenie ukierunkowanych informacji na temat występowania czynników ryzyka przeniesienia zakażeń krwiopochodnych w populacji ogólnej; poszerzenie wiedzy o epidemiologii HCV w Polsce, łącznie z obciążeniem chorobą oraz powiązanymi czynnikami ryzyka.

Konieczne jest nawiązanie współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia, głównym inspektorem sanitarnym i rozważenie stworzenia narzędzi do rzetelnego monitoringu zakażeń HCV.

Dodatkowo realizowany, w ramach programu „Zapobieganie zakażeniom HCV", projekt pn. „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej" pozwoli na: ustalenie procedur i zachowań związanych lub potencjalnie związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia HCV w placówkach ochrony zdrowia w warunkach Polskich; unowocześnienie i modyfikację zasad bezpieczeństwa pracy personelu medycznego; modyfikację procedur nadzoru w placówkach medycznych.

Istotne jest również to, że wszelkie zadania przewidziane w programie „Zapobieganie zakażeniom HCV" będą wykonywane przez jego realizatorów jeszcze przez okres co najmniej pięciu lat od dnia zakończenia programu – okres ten liczony jest od 30 września 2016 r.

Prosiłbym teraz, jeśli można, żeby najpierw zabrał głos konsultant krajowy, pan prof. Horban, następnie pan minister Posobkiewicz, a potem w kolejności prof. Wysoki i prof. Zieliński.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie ministrze. Proszę bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban:

Bardzo dziękuję za głos. Ja bardzo krótko.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, dla ułatwienia paniom pracy, żeby każda z osób, która będzie zabierała głos, przedstawiała się. Dziękuję bardzo.

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban:

Andrzej Horban – krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych.

Bardzo krótko. Kilka tygodni temu, kiedy opracowywałem materiał dla pana ministra, WHO zapytała, czy w Polsce istnieją programy narodowe zwalczania i leczenia chorób wirusowych zapalenia wątroby B i C. Odpowiedź, jaką mogłem dać, brzmiała niestety – nie. To nie jest do końca prawidłowa odpowiedź, ponieważ u nas istnieje wiele elementów tego programu, często całkiem nieźle działających, a w części już wdrażanych. Wiele osób, które były odpowiedzialnych za te programy, jak w przypadku zwalczania wirusa C, siedzi na tej sali i od wielu lat uprzejmie dopomina się o stworzenie spójnego programu, który, niezależnie od dyskusji akademickich, czy tych chorych jest kilkaset tysięcy czy kilkadziesiąt tysięcy, polegałby na tym, że chorzy byliby diagnozowani, że byłoby zapewnione finansowanie diagnozowania, że byliby leczeni i że zostałyby stworzone właściwe ośrodki, które tych chorych będą leczyć, zwłaszcza, że zaczyn tego systemu, całkiem nieźle działający przy tej liczbie chorych – relatywnie niewiele rozpoznanych – jest przy-

gotowany. To jest sprawne. Jesteśmy gotowi do wprowadzenia prawidłowych rozwiązań. Tak mi się wydaje. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Kto będzie następny, panie ministrze?

Naczelnik wydziału w Departamencie Zapobiegania oraz Zwalczania Zakażeń i Chorób Zakaźnych u Ludzi Głównego Inspektoratu Sanitarnego Michał Ilnicki:

Michał Ilnicki – Główny Inspektorat Sanitarny.

W imieniu ministra Posobkiewicza, w nawiązaniu do tego, co już mówił pan minister Neumann, chciałbym powiedzieć, że Państwowa Inspekcja Sanitarna w zakresie swoich kompetencji od kilku lat realizuje programy dotyczące HCV. Są to przede wszystkim programy dotyczące kwestii edukacyjnych. Na przełomie lat 2005-2006 w pięciu województwach zrealizowane zostały pierwsze pilotażowe szkolenia dla personelu medycznego. Te szkolenia odbywały się w ramach współpracy z Polską Grupą Ekspertów, której przedstawiciele są dzisiaj na sali. W roku 2011, czyli ubiegłym, zrealizowano na terenie kraju pilotażowy program „Zapobieganie zakażeniom HCV – STOP HCV". Obecnie Państwowa Inspekcja Sanitarna – Główny Inspektorat Sanitarny jest jednym z partnerów Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, w ramach Programu Polsko-Szwajcarskiego. Planujemy kontynuować te działania edukacyjne, które podjęliśmy kilka lat temu, w ramach tego programu i mamy nadzieję, że te wszystkie efekty, które w jego ramach zostaną osiągnięte, będą mogły być upowszechnione przez Państwową Inspekcję Sanitarną wśród personelu medycznego i pacjentów – społeczeństwa.

Natomiast chciałbym odnieść się do kwestii rejestracji zakażeń. HCV jest chorobą – jak tu wspomniano – która w większości przypadków przebiega bezobjawowo. Ponieważ Państwowa Inspekcja Sanitarna korzysta z badań, które są wykonywane przede wszystkim dla celów klinicznych, liczba zarejestrowanych zakażeń jest niepełna. Oczywiście były prowadzone w Polsce badania mające na celu oszacowanie liczby przypadków HCV. Nie były to badania oparte na rutynowych zgłoszeniach lekarskich, lecz specjalne badania zaprojektowane w celu oceny, na podstawie próby populacji, jaki jest procent zakażeń HCV, z późniejszą próbą ekstrapolowania wyników takiego badania na całość populacji. Takich badań do tej pory odbyło się kilka. Również w ramach Programu Polsko-Szwajcarskiego planowane jest kolejne badanie. Pan Profesor podpowiada, że do tej pory odbyło się 10 takich badań. Na inauguracyjnym spotkaniu projektu HCV, które odbyło się kilkanaście lat temu, przedstawiono bardzo interesujące kwestie dotyczące interpretacji dotychchczasowych badań i nadziei, które są związane z tym badaniem, które zostały zaprojektowane na nowo w tym programie. Sądzę jednak, że osoby prowadzące ten projekt będą mogły w interesujący sposób powiedzieć, na czym to dokładnie polega. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. W kolejności…

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Pan prof. Wysocki, proszę.

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny prof. Mirosław Wysocki:

Dziękuję bardzo. Nazywam się Mirosław Wysocki. Jestem dyrektorem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

Istotnie, jak powiedział pan minister kilka minut temu, w roku 2012 zainicjowaliśmy duży projekt polsko-szwajcarski pt. „Zapobieganie zakażeniom HCV". Finansowanie tego projektu zapewnia w 85% strona szwajcarska, a w 15% Ministerstwo Zdrowia. Kwota przeznaczona na ten projekt wynosi 4,7 mln franków, co przekłada się na kilkanaście milionów złotych. Projekt jest zaplanowany na 5 lat, czyli od roku 2012 do roku 2016.

Jest to projekt ukierunkowany przede wszystkim na poprawę algorytmu i metodologii zapobiegania HCV, czyli – jak pan minister wspominał przed chwilą – mamy 5 modułów. Jeden z nich ukierunkowany jest na usprawnienia diagnostyki HCV i oszacowanie

częstości występowania HCV w populacji. Mamy różne głosy na temat rozmiaru tego zjawiska.

Drugi moduł jest ukierunkowany na ludzi, których nazywamy „iniekcyjnymi użytkownikami narkotyków". Ludzie w tej grupie, żyjący w pewnym stopniu na marginesie, bardzo często zakażeni są HCV.

Trzeci moduł, to pilotażowy program badania kobiet w ciąży, bo to też jest problem. Kobiety w ciąży są zakażone w podobnym stopniu jak cała populacja.

Czwarty – to ocena stopnia ryzyka zakażenia HCV w placówkach służy zdrowia. Jest to jakby główny rezerwuar tych zakażeń.

W końcu promocja zdrowia – promocja i edukacja pracowników w wybranych zawodowo grupach zwiększonego ryzyka. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego koordynuje ten projekt, natomiast mamy kilku partnerów, z których trzeba wymienić Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytet Medyczny w Lublinie oraz Główny Inspektorat Sanitarny.

Mówiąc o częstości występowania i rejestracji tej choroby, która jest niebezpieczna i prowadzi do następstw, często powtarzam, że jest coś takiego, jak fenomen góry lodowej w epidemiologii i zdrowiu publicznym. To dotyczy wszystkich chorób przewlekłych we wszystkich państwach. W przypadku choroby przewlekłej, zwłaszcza tej bezobjawowej, to, co jest zarejestrowane w systemie ochrony zdrowia, to 20-30%, a czasem 35% tak zwanych przypadków. To są ci ludzie, którzy mają objawy albo zostali przypadkowo wykryci na skutek badań skriningowych, a cała reszta jest jakby pod powierzchnią wody. Naszym zadaniem jest obniżenie poziomu tej wody. Nigdy wszystkich nie zarejestrujemy, ale możemy poprawić sytuacje epidemiologiczną. Tak jest we wszystkich chorobach przewlekłych – HCV, HIV, AIDS, nadciśnieniu tętniczym, depresji. Na to ukierunkowany jest ten program, który realizujemy wspólnie z naszymi partnerami i z Ministerstwem Zdrowa. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Kolejna osoba.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Pan prof. Zieliński, proszę.

Konsultant krajowy w dziedzinie epidemiologii prof. Andrzej Zieliński:

Rzeczywiście, są rozbieżności na temat szacunków, część czysto epidemiologiczną bym pominął, natomiast są pewne liczby, w przypadku których nie ma różnic między grupami, które dokonywały badań w Polsce. Tą liczbą jest pewien zakres: 230-270 tys. osób, które już w tej chwili potrzebują leczenia. Druga liczba, odnośnie do której jest konsensus między różnymi grupami – 7% ludzi, którzy są zakażeni i wiedzą o tym, że są zakażeni. Ponad 90% ludzi, którzy są w Polsce zakażeni, nie wie o tym, że są zakażeni.

Jeśli chodzi o zapobieganie i zwalczanie zakażeń HCV, można powiedzieć, że mamy dwie grupy problemów. Pierwsza to te, które muszą kosztować i będą kosztować. To jest leczenie i diagnozowanie. Nie da się tego przeprowadzić bezkosztowo. Natomiast jest wiele działań, w wyniku których można to usprawnić organizacyjnie i poprzez pewną staranność zarówno w zachowaniach osobistych, jak i w działaniach instytucji medycznych, zmniejszyć liczbę nowych zakażeń. Powiedzmy sobie, iż to, że się zakażamy, może zależeć od naszego zachowania, od tego, jak postępujemy, ale jest też wiele mechanizmów zakażenia – i to przez wiele lat w Polsce dominowało – które od nas nie zależą. To była higiena instytucji medycznych, sprawa sterylizacji i dezynfekcji w szpitalach. Nie mam wątpliwości, że w tym zakresie poprawa w ostatnim dwudziestoleciu była bardzo wyraźna. Jeśli chodzi o sterylizację, to tak zwane suszarki, czyli sterylizatory na suche gorące powietrze, praktycznie zostały wyeliminowane. Są natomiast takie grupy, jak osoby przyjmujące narkotyki dożylnie, podejmujące pewne działania, które mogą prowadzić do zakażenia. Do indywidualnych ludzi musimy dotrzeć z informacją.

Teraz to, co jest niezwykle ważne – jak dotrzeć do tych ludzi, którzy są zakażeni, a o tym nie wiedzą, albo są zakażeni i nie szukają pomocy lub jej nie potrafią znaleźć. Jak panowie tu mówili i nie można temu zaprzeczyć. Mam na myśli panów profesorów Halotę i Flisiaka. Nie mieszajmy badań przekrojowych, które mówią o rozpowszech-

nieniu choroby – ja nie mówię, że wy mieszacie – z badaniami przesiewowymi, bo oni zwracają uwagę na badania przesiewowe. My powinniśmy mieć udrożnione ścieżki do badań przesiewowych dla ochotników, których może na to nie stać. Powinni móc pójść do punktu i sprawdzić się, zwłaszcza, jeśli mają podejrzenia, że coś się w ich życiu wydarzyło z ich winy lub w wyniku jakiejś sytuacji, że mają większe prawdopodobieństwo zakażenia. To po pierwsze. Po drugie, żeby lekarz pierwszego kontaktu mógł aktywniej i taniej dla pacjenta uczestniczyć w diagnozowaniu.

Kolejna sprawa. Jeżeli mamy jakikolwiek program przesiewowy, to musimy wiedzieć, że program przesiewowy to, tak naprawdę, nie jest program badań epidemiologicznych. My nie wyciągamy wielu wniosków z przesiewów. Rzadko je wyciągamy. Przesiew ma służyć temu, żeby otworzyć drogę do wejścia na ścieżkę obserwacji i leczenia. Wynik przesiewu to ma być otwarta furtka, poprzez którą pacjent trafi do lekarza, który będzie się nim opiekować, a jeśli jeszcze nie musi go leczyć, będzie go obserwować, żeby wiedzieć, kiedy zacząć leczyć. A jeśli już musi go zacząć leczyć, to żeby zaczął go leczyć w terminie. Wiele tych rozwiązań nie jest bardzo kosztownych i mogą być zrobione.

Natomiast, jeśli chodzi o sprawy leczenia, w zasadzie to wykracza poza moje kompetencje. Nie chciałbym się w to wcinać. Wydaje mi się, że Program Polsko-Szwajcarski, w którym mam okazję w pewnym stopniu uczestniczyć, będzie szedł głównie w tym kierunku, żeby… Bo, na przykład, jest taki nonsens jak stygmatyzacja. Człowiek nie jest winien tego zakażenia. To nie jest zakażenie, które przychodzi w wyniku jakiegoś grzechu. Ten człowiek nie jest zupełnie groźny dla otoczenia, chyba że specjalnie robi się coś groźnego, jak wymiana igieł przy braniu narkotyków, bójka czy jakieś brutalne zachowania seksualne. Normalnie, w pracy, w domu, również w małżeńskim życiu seksualnym, nie ma zagrożenia zakażeniem HCV, które jest istotne epidemiologicznie. Bardzo ważne jest uświadomienie tego ludziom, i w tych granicach, w jakich możemy, żeby tam, gdzie się da, bezkosztowo, tam, gdzie się nie da, niestety z wydaniem pieniędzy, otworzyć ludziom ścieżkę do leczenia po wykryciu zakażenia. To jest podstawowa sprawa. Z drugiej strony, wszystkie możliwe elementy zapobiegania powinny być w społeczeństwie uruchomione. Taka jest moja opinia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To już wszystkie osoby, panie ministrze. Czy tak? W takim razie, otwieram dyskusję. Bardzo proszę, pani poseł Gądek, a później pan poseł Hoc i pani poseł Kłosin. Bardzo proszę, pani poseł Gądek.

Poseł Lidia Gądek (PO):

Dziękuję bardzo. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, tak się składa, że półtora miesiąca temu złożyłam interpelację. Nie mam jeszcze na nią odpowiedzi, ale właściwie dzisiejsze informacje, które otrzymałam, w dużej części są odpowiedziami na pytania zadane w interpelacji.

Jak bardzo ważny jest to problem, zostało już tu powiedziane. Cieszymy się niezmiernie z faktu, że wreszcie doczekaliśmy się systemowej próby rozwiązania problemu rozpoznawania zakażenia. Jeżeli chodzi o leczenie, jesteśmy na takim etapie, na jakim jesteśmy – autorytety medyczne, które zajmują się terapią, najlepiej wiedzą, jak należy postępować. Oczywiście mamy nieco problemów finansowych, jak zwykle, ale nigdy nie poradzimy sobie z leczeniem, jeżeli nie będziemy odpowiednio wcześnie rozpoznawać. Dlatego tak bardzo ważne jest, aby – co było tu podnoszone – zmienić system.

W Polsce dzisiaj nikt, tak naprawdę, nie ma w swoich kompetencjach wpisanego jednoznacznie badania przeciwciał anty-HCV. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – była o tym mowa – może je robić, ale oczywiście musi obciążać kosztami pacjenta, a nie jest to badania tanie. W związku z tym, ten mechanizm musi być zmieniony, bo wyłącznie wczesne rozpoznanie jest formą profilaktyki, zarówno odnośnie do danej osoby, u której się rozpozna, jak i odnośnie do rozprzestrzeniania się wirusa w społeczeństwie. Dzisiaj wyłącznie chirurg przed zabiegiem operacyjnym ma obowiązek zlecić badanie przeciwciał, ale nie jest to obowiązek zapisany, na przykład, w szczegółowych warunkach kontraktowania. W związku z tym, chirurdzy robią to głównie na podstawie wewnętrznego rozporządzenia szpitala po to, żeby potem, między innymi, bronić się przed ewentual-

nymi roszczeniami. Dlatego bardzo cenne jest to, że ten program ma powstać, że kwestie profilaktyki wczesnego przesiewu mają być zapisane, skodyfikowane i wreszcie wdrożone. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący. Niestety, a może na szczęście, nie będę tak łagodnie mówić, dlatego że wsłuchując się w alarmistyczne informacje przedstawione przez autorytety naukowe mogę krzyczeć „obudź się, panie ministrze, póki wirus HCV drzemie!", „obudź się, panie premierze, póki wirus HCV jest uśpiony!", bo jeśli to jest bomba wirusowa z opóźnionym zapłonem – a tak to trzeba nazwać – i jeśli nie zareagujemy zdecydowanie i merytorycznie, jak to robi cała Europa, to, po pierwsze, rachunek ekonomiczny będzie później o wiele wyższy, a po drugie, musimy mieć świadomość tego, że ludzie, którzy nie mają objawów zakażenia tym wirusem, są rezerwuarem tego zarazka – jak pan profesor powiedział. Oni chodzą do stomatologa, a nie wiedzą, że mają dodatnie HCV. Potem my idziemy do tego stomatologa. Oni chodzą na różnego rodzaju iniekcje. To nie tylko są iniekcje u narkomanów czy agresywne zachowania seksualne, panie profesorze. Są to normalne wizyty u lekarzy, na przykład, u stomatologa. Nie chcę mówić o innych przejawach, bo to zasieje tylko niepokój. To jest rezerwuar ewentualnych zakażeń.

My nie możemy tym tematem tylko podzielić się z Komisją i rozejść się. To jest za mało, jeśli wiemy, odnośnie do genotypu 1 wirusowego zapalenia wątroby typu C, że w Europie jest stosowany trójlekowy system leczenia, a więc inhibitor proteazy, pegylowany interferon alfa, a więc rybawiryna, natomiast my mamy problem z dostępem do leczenia dwulekowego. Najlepszym tego dowodem jest to, że do nas, posłów, przychodzą ludzie z dramatycznymi objawami lęku, bo – nie wiem, czy wiecie – na przykład, telaprevir – nie chcę wymieniać nazwy preparatu – nie jest dostępny w aptekach. Można go wypisać, ale na koszt pacjenta, a miesięczna terapia kosztuje kilkadziesiąt tysięcy złotych.

Panie ministrze, fajnie jest przeczytać wiadomości, a potem powiedzieć, że jest OK., bo mamy rozeznanie. To nie wystarcza, dlatego, że ludzie cierpią. Przychodzi kilkunastoletni okres bezobjawowy, potem jest przewlekłe zapalenie wątroby, marskość i przeszczep, a więc koszty ponosi państwo. Potem jest rak wątroby, a więc cierpienie i dalsze koszty, a po drodze chory zakaża, nawet nieświadomie, innych ludzi, którzy o tym też nie będą wiedzieć. Taka jest moja zdecydowana odpowiedź.

Oczywiście zaraz przestawię konkretny wniosek, żeby nie było lekko panu ministrowi i Komisji.

Mam jeszcze drugie pytanie, ale nawiąże jeszcze do wirusowego zapalenia wątroby typu B. Dlaczego pozwalacie na to – zwracam się do ministra i autorytetów naukowych – że nada leczymy lamiwudyną, skoro wiemy, że w 80% daje ona zmutowany wirus. Jest to tragedia dla tych ludzi. Co więcej, szczepionka przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B już nie działa na tych ludzi. Nie działają również różnego rodzaju terapie. Dlaczego dopuszczacie lamiwudynę do dalszej terapii? Chyba tylko w Polsce tak się dzieje. Kto ponosi za to odpowiedzialność? Wiem, że dawno temu pewna grupa pacjentów podała do sądu, nie wiem, czy rząd polski, czy Narodowy Fundusz Zdrowia, dlaczego więc nadal leczycie lamiwudyną. To są moje dwa pytania.

Wniosek jest konkretny – żebyśmy jako Komisja Zdrowia wystąpili z dezyderatem albo z konkretnym wnioskiem, bo jest teraz na to dobry klimat – bo widać, że pan premier się obudził i jest chętny do stosowania różnego rodzaju programów narodowych, nawet w trybie rozporządzenia, a więc w trybie przyspieszonym – żeby pan premier albo rząd podjęli narodowy program diagnostyki i leczenia osób z wirusowym zapaleniem wątroby typu C. Taki wniosek formalny składam, tym bardziej, że jest do tego dobry klimat – pan premier jest skory do przyjęcia takich programów. Jest już jeden program, zaraz będą propozycje następnych programów. Są pieniądze, jest dobry klimat – musimy to wykorzystać. Mówię to z ironią, ale jednocześnie mam nadzieję, że tak ważny temat,

jak wirusowe zapalenie wątroby typu C, będzie potraktowany tak poważnie jak refundacja *in vitro*. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, pani poseł Kłosin.

Poseł Krystyna Kłosin (PO):

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Panie ministrze, panowie profesorowie, mam pytanie dotyczące tej najbardziej nowoczesnej terapii, o której już wszyscy wiemy, a o której dawno – dwa-trzy lata temu – z wielkim entuzjazmem podano we wszystkich mediach, na którą z wielką nadzieją czekają pacjenci. Wiemy, że terapie dwulekowe w wielu przypadkach nie dają pożądanych efektów, a nawet są przyczyną skutków ubocznych, które bardzo szkodzą pacjentom. Właśnie dla tych pacjentów, a także dla tych, którzy z różnych powodów nie byli leczeni, terapia nowymi lekami telaprevirem i boceprevirem jest szansą na wyzdrowienie. Pytam – czy w Polsce są już dostępne leki telaprevir i boceprevir? Jeżeli tak, to które kliniki już stosują lub w najbliższym czasie będą stosować te leki? Ile kosztuje pełny cykl leczenia tymi preparatami? Pytanie techniczne, do konsultanta krajowego – bo to są dwa różnego rodzaju leki – czym się różni telaprevir od bocepreviru, poza tym, że różni się ceną, o czy wiem. Jest podobna? Jakie są wskazania do użycia pierwszego lub drugiego leku? Kto jest producentem? Swego czasu miałam informację, że te leki są bardzo skuteczne i dają bardzo dobre efekty u pacjentów dotychczas nieleczonych. Czy panowie mogą to potwierdzić? Jakie są statystyki w zakresie efektów leczenia tymi preparatami? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję uprzejmie. Teraz zabierze głos pani przewodnicząca Małecka-Libera. Bardzo proszę.

Poseł Beata Małecka-Libera (PO):

Dziękuję bardzo. W pierwszej części, przede wszystkim chcę podziękować za ten raport, ponieważ członkowie Komisji Zdrowia zyskali dogłębną wiedzę. Poza tym to, co państwo rekomendują, daje nam dużo do myślenia w świetle tego, że ostatnio coraz częściej mówimy o zdrowiu publicznym. Zgadzam się z tym, że tak naprawdę, panie ministrze, brakuje nam rozwiązań systemowych. Również pod tym się podpisuję. Brakuje nam systemowego leczenia, począwszy od rozpoznania, diagnostyki, wczesnej profilaktyki, a skończywszy na leczeniu. Często jest tak, że coś leczymy już wtedy, kiedy nie ma innego wyjścia. Nie mówię tylko o tej grupie chorób, ale o różnych schorzeniach, o których na posiedzeniach tej Komisji często rozmawiamy. Dzisiaj jest wywołany akurat tego typu problem, czyli schorzenia związane z HCV, ale przecież nie tak dawno mówiliśmy o cukrzycy, wcześniej mówiliśmy o problemach onkologii, a godzinę temu rozmawialiśmy o problemach związanych ze szczepieniami.

Powiedział pan, panie ministrze, że nie ma szczepionki. Powiem nieco cynicznie – może i dobrze, ponieważ godzinę temu dowiedzieliśmy się, że budżet na szczepienia na rok przyszły jest obcięty, mniejszy niż w tym roku. W świetle tego, co mówimy o profilaktyce, to naprawdę jedno do drugiego ma się nijak. Moje słowa są gorzkie, ale jako przewodnicząca podkomisji do spraw zdrowia publicznego, gdzie głównie zajmujemy się problematyką przekrojową leczenia i diagnostyki poszczególnych grup schorzeń, niestety, z takim gorzkim wnioskiem muszę wystąpić.

Następna sprawa. Mówiono tutaj o tym, żeby były badania przesiewowe. Szanowni państwo, oczywiście bardzo dobrze, ale jeżeli nie będzie kompleksowego, całościowego leczenia, począwszy od przesiewu, poprzez diagnostykę, a kończąc na leczeniu, to wyniki tego leczenia i tego, co chcemy osiągnąć, nie będą adekwatne. Przecież w kontekście zdrowia mówimy także o ekonomii i o efektywności leczenia. Jeżeli mamy rozwiązywać jakieś problemy – z całym szacunkiem dla tej grupy ludzi, o których tu dzisiaj mówimy – to weźmy pod uwagę każdy z tych aspektów. To właśnie nasze zadanie, zarówno parlamentu, jak i Ministerstwa Zdrowia, aby Narodowy Program Zdrowia, który został wreszcie umocowany ustawowo, był realizowany zgodnie z priorytetami. Żebyśmy, po analizie poszczególnych grup schorzeń pod względem możliwości leczenia i osiąganych efektów,

spotykając się tutaj – może nie w tej samej grupie, ale w parlamencie – mogli powiedzieć, że posunęliśmy do przodu profilaktykę, diagnostykę i leczenie. W tej chwili, niestety, wygląda to tak, że w zależności od tego, gdzie jest największe zagrożenie, na tym się skupiamy, nie patrząc całościowo na system. Dlatego liczę wyłącznie na to – to jest chyba ostatnia deska ratunku – że ustawa o zdrowiu publicznym uporządkuje, uszereguje i wskaże priorytety.

Jeszcze jedna uwaga – w stosunku do pana posła Hoca. Panie pośle, nie zgadzam się z panem wyłącznie w jednym zakresie. Nie chciałabym jednak, żebyśmy przyjmowali dezyderaty *ad hoc*, że dzisiaj przyjmiemy dezyderat odnośnie do programu dotyczącego WZW, a jutro na temat cukrzycy. Porozmawiajmy na posiedzeniu Komisji Zdrowia w sposób całościowy o tym, które programy, w jaki sposób i jakiej kolejności realizować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję pani przewodniczącej. Teraz zabierze głos pan przewodniczący Maciej Orzechowski.

Poseł Maciej Orzechowski (PO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, szanowni goście, mam pytanie do twórców tego raport, dotyczące – to jest tabela pierwsza – liczby zidentyfikowanych zakażeń HCV w latach 2006-2008. Byłem zdziwiony, ponieważ okazało się, że trzy duże kraje europejskie, których nie podejrzewałbym o złe podejście do ochrony zdrowia, takie jak Francja, Włochy czy Hiszpania, w ogóle nie publikują danych o epidemiologii i identyfikacji zakażeń HCV. Prosiłbym o informację, z czego może to wynikać. Czy nie są obligowani przez WHO czy inne instytucje do publikacji takich danych? Czy w ogóle takie dane posiadają, bo mogą ich nie publikować albo te dane mogą być niedostępne.

Jeśli chodzi o kwestię Polski, jest spadek identyfikowalności zakażeń HCV w latach 2006-2008. Dowiedziałem się również od państwa i z tego raportu, że do przeważającej części tych infekcji dochodzi w służbie zdrowia, czyli na oddziałach szpitalnych. Chciałbym się dowiedzieć od twórców raportu, czy możemy podać jakiś modelowy kraj w Europie, który poradził sobie z identyfikacją tych osób, a więc ze skriningiem. Jeśli takiego modelowego kraju nie ma, to jak to wygląda u naszych najbliższych sąsiadów, na przykład, w Niemczech czy w Czechach. Wreszcie, jeśli to możliwe, prosiłbym o oszacowanie w takim przypadku, jeśli by była identyfikacja tych pacjentów, a następnie leczenie, jaka jest kosztowa efektywność takiej procedury, żebyśmy wiedzieli, jakie uzyskujemy efekty po przeznaczeniu określonych środków na diagnostykę czy wykrywanie, a następnie leczenie. Wymieniono tu potężną kwotę 15 mld zł, przy czym prelegent – pan profesor – mówił o tym, że wynika to głównie ze śmiertelności, czyli z tego, czego nie uzyskamy od tych ludzi w postaci dłuższej pracy czy innego zaangażowania w działalność w ciągu całego swego życia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa posłów chciałby jeszcze zabrać głos? Jeżeli nie, zanim oddam głos…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ja *ad vocem*. Szkocja ma narodowy program zwalczania WZW typu C, jeśli się orientuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zanim oddam głos gościom zaproszonym na posiedzenie Komisji, którzy też chcą wziąć udział w dyskusji, sam zabiorę głos.

W jednej rzeczy zgadzam się z tym, co powiedziała pani poseł Małecka-Libera – tych problemów, których dotknęliśmy tylko w ostatnich tygodniach, jest naprawdę wiele. Myślę, panie ministrze, mając świadomość pana ograniczenia, że tak czy inaczej wszelkie kwestie rozbijają się zazwyczaj o finanse. Mamy mało pieniędzy na szczepienia. Oprócz tego, co pani poseł wymieniła, niedawno zajmowaliśmy się problemami dermatologii – kwestia leczenia biologicznego również była tu zdecydowanie stawiana. W każdej tej sprawie kwestia sprowadza się właściwie do pieniędzy. Trudno te projekty realizować bez środków finansowych. W tym zakresie nie pomogą żadne spektakularne działania czy

wspólne wystąpienia premiera z ministrem zdrowia, bo w każdej z tych spraw premier z ministrem mogliby wystąpić zapowiadając realizację programu. Premier wybrał jeden temat, bardzo nośny, ale pewnie mógłby tak wystąpić w tej sprawie i w kilku innych. Jest to rzecz, o której tutaj wszyscy powinniśmy mówić i być może zawrzeć to w jakimś dezyderacie, żeby pomóc ministrowi zdrowia w zabiegach u ministra finansów.

Natomiast, odnośnie do pytań szczegółowych dotyczących tego konkretnego raportu czy tematu, chciałbym krótko zapytać o dwie rzeczy. Pierwsza sprawa, to różnice w wykrywalności wirusa HCV na terenie Polski. Nie wiem, z czego wynikają tak duże różnice – bo są one duże, nawet dziewiętnastokrotne, jak sprawdziłem. Z czego to się bierze? Czy to jest kwestia właściwego podejścia służb, funkcjonowania odpowiednich instytutów czy klinik, które tą tematyką się zajmują, czy czegoś innego? Jak widziałem na terenie województwa, u pana profesora Flisiaka wykrywalność jest dobra, u pana profesora Haloty również, ale są miejsca, gdzie wygląda to słabo. To jest pierwsze pytanie – z czego to się bierze?

Druga sprawa, to kwestia niemałych kosztów realizacji tego projektu. Niezależnie od tego, jaką liczbę osób państwo przedstawiali, ten koszt jednostkowy był stały. Czy można wyliczyć, że koszt jednostkowy spadałby w przypadku zwiększania liczby osób objętych tym programem, bo wydaje mi się, że prowadząc negocjacje z firmami farmaceutycznymi pewnie można by zakładać, że koszt byłby mniejszy? Nie ukrywam, że jest to ważne, pewnie przy okazji rozmów w przyszłości, przede wszystkim – jak wspomniałem – z ministrem finansów. Tyle z mojej strony.

O głos poprosiła pani Barbara Pepke z Fundacji „Gwiazda Nadziei". Bardzo proszę.

Prezes Fundacji „Gwiazda Nadziei" Barbara Pepke:

Dzień dobry. Reprezentuję organizację, która zajmuje się osobami zakażonymi wirusem HCV, Fundację „Gwiazda Nadziei" oraz Koalicję Hepatologiczną – jest to zrzeszenie organizacji, które zajmują chorobami wątroby.

Nie będę powtarzać tego, co tu powiedziano. Powiem tylko, że jestem ogromnie zdziwiona, iż wszyscy wiedzą o problemach chorych, z którymi tu przyszliśmy. Myśleliśmy, że musimy o nich mówić, a nic się nie zmienia od wielu lat. Osoby zakażone w placówkach służby zdrowia, które nie robiły nic niebezpiecznego – nie brały narkotyków – czują się naprawdę pokrzywdzone w naszym kraju, bo, po pierwsze, pomijając fakt, że często kilka miesięcy czekają na rozmowę z lekarzem chorób zakaźnych, to, po drugie, w niektórych zakątkach naszego kraju po kilka lat czekają na leczenie starą, uciążliwą, standardową terapią, której efektem jest czasami to, że wirus zostaje. Słyszą o nowych, skuteczniejszych terapiach, które wciąż nie są dostępne. Mam pytanie do pana ministra – kiedy nowe terapie będą dostępne?

Co się następnie okazuje? Jeżeli już następuje marskość i nowotwór wątroby, to staje się to problemem tego chorego. Program lekowy leczenie nowotworów wątroby obejmuje tak małą liczbę osób, iż chory zakażony w szpitalu, który przeszedł dwie nieskuteczne terapie – leczenie wirusa HCV – musi sam zebrać 20 tys. zł miesięcznie, żeby móc powstrzymać nowotwór wątroby.

Uważam, iż takie osoby – na przykład, obecny tu Zbyszek Kostrzewski, który siedzi obok mnie – mogą czuć się pokrzywdzone w naszym kraju, bo zostają same z tym problemem.

Jest tu osoba – pani Magda – która z powodu wirusa HCV musiała mieć przeszczepioną wątrobę. Pomyślmy – nie muszę państwa uczyć, bo państwo o tym wiedzą – ile kosztuje przeszczep wątroby. Leczenie raka wątroby – 20 tys. zł miesięcznie. Pomyślmy, czy nie lepiej leczyć wcześniej HCV skuteczniejszą terapią. Jeśli chory ma się męczyć przez rok, czuć gorączkę, wypadanie włosów, to woli mieć 70-80% pewności, że się pozbędzie wirusa.

Jest tu młody człowiek, Piotrek, który męczył się stosując roczną terapię i pozostał z wirusem. Chce założyć rodzinę – ma wyrozumiałą żonę, ale ile małżeństw rozpadło się, ile osób żyje w depresji, ile osób straciło znajomych? Możemy edukować nasze społeczeństwo, ale ludzie nadal będą się bać podać rękę osobie zakażonej.

Mam też pytanie – kto z państwa zrobił badanie anty-HCV? Chyba jakaś akcja była w Sejmie? To proszę zapytać kolegów posłów, ilu żyje w nieświadomości. Proszę nas zrozumieć, jak na to patrzymy jako organizacje społeczne. Nie chcę do tego nawiązywać, ale jestem zaskoczona, że posłowie są świadomi problemu leczenia WZW typu C, a nic się nie zmienia. Pytam więc – kiedy to się zmieni? Czy wejdą nowe terapie? Czy będą skuteczniejsze terapie leczenia HCV? Czy nowotwór wątroby będzie tylko problemem chorego człowieka, który na zakończenie swego życia ma żebrać o pieniądze? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Niewątpliwie słuszny głos w dyskusji. Powiedziałbym w ten sposób – z podobną sprawą i podobnymi głosami spotkaliśmy się w odniesieniu do innych schorzeń. Stoimy przed wyborem, jak duże nakłady państwo powinno ponosić na służbę zdrowia, żeby działała ona na wystarczającym poziomie. Bardzo proszę, panie przewodniczący.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Niestety, nie zgadzam się z tą konkluzją. O nakładach możemy mówić – potrzeby są nieograniczone. Oczywiście wszyscy to obecni doskonale wiemy, że nie możemy ich zaspokoić w 100-procentach. Nie ma takiej opcji.

Moim zdaniem, kluczową sprawą jest to, co mówiła pani przewodnicząca, że najwłaściwszym podejściem i rozwiązaniem w znacznej mierze tego problemu będzie rozwiązanie sprawy zdrowia publicznego, czyli opracowanie i przyjęcie dobrej ustawy o zdrowiu publicznym. To jest jedyna szansa na to, żebyśmy tego typu problemy rozwiązali systemowo. Wszystkie doraźne rozwiązania, nawet typu programy zdrowotne, są tylko na jakiś czas. To nie daje nam systemu na wiele lat, a w tym kierunku – moim zdaniem – powinniśmy zmierza.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę, pan przewodniczący Bujas.

Wiceprzewodniczący Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Zdzisław Bujas:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowny panie ministrze, szanowni państwo posłowie, mam dwa pytania, które chciałbym skierować do pana ministra zdrowia, bo rozumiem, że to on jest tym organem, który nadzoruje podmioty, między innymi Główny Inspektorat Sanitarny. Jak wyglądają prace związane z wprowadzeniem dyrektywy 32/2010 w sprawie zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki zdrowotnej?

Proszę państwa, dlaczego przywołuję tę dyrektywę, i o niej mówię? Jak zapewne mają państwo podane, średnia liczba zakłuć ostrymi narzędziami w ochronie zdrowia, w Europie – mówię o personelu medycznym głównym, czyli lekarzach i pielęgniarkach oraz o personelu pomocniczym – wynosi około miliona rocznie. Jak to się przekłada na choroby? Jest bardzo różnie, bo tak naprawdę tych danych nie ma, a w Polsce tym bardziej nie do końca jest to jasne. Chciałbym to wiedzieć, bo od 1 stycznia Europa wprowadziła tę dyrektywę i stosuje zasadę, że trzeba stworzyć odpowiednie warunki, procedury itd., natomiast Polska będzie zobowiązana to wprowadzić w maju 2013 r.

Dlaczego o tym mówię? Proszę państwa, to jest głos rozpaczy – mówię to przy pacjentach, przy osobach zarażonych tym wirusem. Powtarzam, że zakłucia spowodowane niewłaściwym sprzętem, niewłaściwymi procedurami i niewłaściwym postępowaniem w zakresie utylizacji, brakiem standardów postępowania, w Polsce, niestety, w dalszym ciągu, w wielu jednostkach ochrony zdrowia są częste. Jak wiemy, ta dyrektywa miała na celu zapobieganie zakłuciom wśród pracowników służby zdrowia poprzez wprowadzenie zintegrowanego podejścia do oceny i zapobiegania temu ryzyku, podniesienia świadomości i szkolenia. Mówili tu panowie profesorowie, że takie programy są w Programie Polsko-Szwajcarskim. Tam znajdzie się, między innymi, cykl szkoleniowy, ale także problem poekspozycyjny, a więc dotyczący tych przypadków, które już się zdarzyły.

Chciałbym państwu powiedzieć, że często zdarza się, że pielęgniarka ze szpitala powiatowego nie ma przeprowadzonego badania – wiadomo, że najczęściej te badania przeprowadzają ośrodki wojewódzkie – nie ma programu poekspozycyjnego profilak-

tycznego. Często zdarza się, że osób na kontraktach nie stać na zapłacenie za program profilaktyczny. Chciałbym wiedzieć, w jaki sposób ministerstwo i NFZ podejdą do tego tematu, czy pochylą się nad problemem i jak to zamierzają załatwić. Zegar tyka – maj 2013 r. niebawem. Proszę gorąco o odpowiedź. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pani zgłaszała chęć zabrania głosu. Bardzo proszę się przedstawić.

Prezes Fundacji „Transplantacja O.K.!" Magdalena Kożuchowska:

Magdalena Kożuchowska – Fundacja „Transplantacja O.K.!". Mówimy tutaj o pieniądzach. Pani poseł proponowała, żeby przede wszystkim rozwiązać problem całościowo. Otóż, jeśli problem będzie rozwiązywany całościowo, to bardzo bym prosiła o zwrócenie uwagi na to, że w przeciwieństwie do cukrzycy HCV jest chorobą zakaźną, i to bardzo. Na dodatek zakażający nie ma pojęcia, że zakaża. To jest pierwsza rzecz.

Druga rzecz. Ciągle mówi się o pieniądzach. Wydaje się w miarę naturalne, żeby badania przesiewowe robiono, na przykład, przy okazji wstępnego badania medycyny pracy, kiedy koszt tego badania jest naprawdę niewielki – 25-30 zł – i żeby jego koszt wziął na siebie pracodawca. Myślę, że pracodawca wziąłby na siebie ten koszt. Jednak my, pacjenci, podejrzewamy z przerażeniem, że nie przygotowuje się takich prostych rozporządzeń dlatego, że jeżeliby się znalazło tego chorego, to nie będzie pieniędzy na jego leczenie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo, proszę się przedstawić.

Prezes Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Elżbieta Puacz:

Elżbieta Puacz – Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych. Chciałabym poruszyć kwestię dostępności do medycznych badań laboratoryjnych. Nasza diagnostyka jest całkowicie przygotowana do podjęcia badan w kierunku zakażenia WZW typu C, natomiast, niestety, brak jest dostępności tych badań dla pacjentów. Wiele zakażeń jest rozpoznawanych w stajach krwiodawstwa, jednak nie ma tych badań, jako świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, czyli – tak, jak pani wspomniała – w medycynie pracy.

Robiliśmy taką akcję społeczną. W ciągu jednego dnia zostało przebadanych prawie 4 tys. osób. To były badania wykonywane bezpłatne. Proszę państwa, okazało się, że około 100 osób miało aktywną wiremię. Nie byli świadomi tego, że są zakażeni. Wiele osób nam za to dziękowało.

W wyniku tego wystosowaliśmy do ministra zdrowia pismo zawierające stanowisko Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, z prośbą o rozpatrzenie możliwości włączenia tych badań do koszyka świadczeń gwarantowanych podstawowej opieki zdrowotnej. Niestety, odpowiedź była dla nas zaskakująca. Twierdzenie, że rozdawanie ulotek i edukowanie młodzieży poprzez filmy zapobiegnie potrzebie diagnostyki i upowszechnieniu świadomości, czy jestem zakażony, czy nie, bo wykonałem badanie, było dla nas bardzo wielkim zaskoczeniem i rozczarowaniem. Mam nadzieję, że jednak Ministerstwo Zdrowia zmieni to zdanie i wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia podejmą rozwiązania systemowe, o co bardzo prosimy jako diagności laboratoryjni. My jesteśmy przygotowani do wykonywania tych badań.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan, bardzo proszę.

Przedstawiciel pacjentów Piotr Dłubak:

Witam państwa bardzo serdecznie. Nazywam się Piotr Dłubak. Jestem z miasta Radomsko w województwie łódzkim – nie wstydzę się podać tych danych. Aktualnie jestem zarażony HCV, z aktywnym wirusem. Wirus wykryto u mnie w 2010 r. Do tej pory jestem chory i nic nie posunęło się do przodu w moim leczeniu. Przeszedłem nieudane leczenie terapią dwulekową, która dała tylko około 10% skuteczności leczenia.

Podczas dzisiejszej dyskusji nasunęło mi się kilka wniosków. Jeżeli chodzi o jednostki sanitarne, na przykład w moim mieście, nie zauważyłem większego zainteresowania problemem. Jednostka sanitarna zainteresowała się mną wówczas, gdy wykonałem na własny koszt badania diagnostyczne. Koszt wyniósł 100 zł. Z tych badań, przez przypadek – i dzięki Bogu – dowiedziałem się, że jestem zakażony. Wówczas nie informowałem o tym jednostki sanitarnej. To ona sama przysłała do mnie odpowiedni list z prośbą o stawienie się w odpowiedniej jednostce, gdzie musiałem powiedzieć, co się dzieje.

Druga sprawa. Jak powiedziała koleżanka – i moim zdaniem – dobrym ruchem byłoby dołączenie badań, które zwiększyłyby wykrywalność w Polsce tego problemu, do podstawowych badań pracowniczych, kiedy to pracodawca wysyła pracownika na badania. Wtedy można wykonać wszystkie stosowne badania. Myślę, że to w pewnym sensie mogłoby ograniczyć niepotrzebną biurokrację i, być może, koszty badań. Jak wiemy, te badania kosztują obecnie około 40 zł, które pacjent musi pokryć z własnej kieszeni.

Moja opinia – może niesłuszna. Polaków w Polsce jest około 38 mln, może się mylę. O jakich liczbach dzisiaj rozmawiamy – 3,5 tys. badań rocznie dodatkowo. Plan w tej skali ma służyć temu, żeby badać, wykrywać, sprawdzać?

Generalnie chciałbym powiedzieć, że mam 24 lata i właściwie mógłbym być synem większości z państwa. Myślę, że jakiekolwiek problemy w państwie, w ustawodawstwie, w rządzeniu – mówiąc brzydko – nie powinny hamować wykrywania i leczenia czegoś takiego, jak właśnie HCV. Myślę, że nawet pieniądze nie powinny stanowić żadnych problemów. Wiem, że teraz jest to trudna sprawa, ale mam wrażenie, że na inne, dużo bardziej błahe sprawy w państwie, są przekazywane potężne środki finansowe. Możemy organizować pewne imprezy sportowe przy użyciu wielkich nakładów finansowych, a tu rozmawiamy o dużo ważniejszych sprawach, o sprawach zagrożenia ludzkiego życia – mojego, jak i państwa dzieci.

Jeszcze pewna dygresja. Co to jest ulotka lub folder informacyjny? Myślę, że dzisiaj podstawową przekazywania najważniejszych informacji w kraju są inne media – telewizja, radio, Internet. Najbardziej telewizja, bo większość Polaków bardzo dużo czasu poświęca telewizji. Oglądając dość często telewizję, nie spotkałem się z jakąś akcją informacyjną mówiącą: „przebadaj się", „możesz być chory" – coś w tym stylu. Jest wyjście. Myślę, że żyjemy w nowoczesnym państwie, więc to nie powinno stanowić problemu.

Odnośnie do gabinetów stomatologicznych, powiem, jak to wygląda. Kiedy uczęszczałem do różnych gabinetów stomatologicznych i innych palcówek, gdzie mnie kłuto i badano w różny sposób, nie byłem świadom, że jestem chory. Kiedy dowiedziałem się, że jestem chory i zgłosiłem to stomatologowi, okazało się, że gabinet został zupełnie inaczej przygotowany na moją wizytę. Stosowano inne narzędzia, które po wykonaniu odpowiednich zabiegów zostały wyrzucone. Zupełnie inaczej przygotowano stanowisko pracy.

Jeszcze jedno pytanie. Jak mam rozumieć zdanie wypowiedziane przez panią przewodniczącą Małecką-Liberę „porozmawiajmy o tym jako o całości". Myślę, że problem HCV ciężko zaliczyć do jakiejś całości. To jest problem, który trzeba wyszczególnić. To jest problem, który jest na poziomie HIV i innych bardzo poważnych spraw. Z mojej strony to tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Poproszę o udzielenie odpowiedzi na pytania. Myślę, że zaczniemy od pana ministra, ale rozumiem, że odpowiadać będzie kilka osób, więc będziemy przekazywać głos. Bardzo proszę, panie ministrze.

Sekretarz stanu w MZ Sławomir Neumann:

Dziękuję. Jako że nie jestem ekspertem od leków, a było wiele pytań dotyczących leków i terapii, to myślę, że któryś z panów profesorów na te pytania odpowie. Natomiast ja odniosę się do sprawy ustawy o zdrowiu publicznym, o której mówiła pani przewodnicząca.

Prace nad tą ustawą trwają. Jak państwo wiedzą, dotyczy ona kilku segmentów, nie tylko podległych Ministerstwu Zdrowia i innym resortom. Te prace w stadium początkowym nad założeniami są skomplikowane i będą jeszcze trochę trwać. Z pewnością będzie to ustawa, która trafi do parlamentu w dającej się przewidzieć przyszłości.

Odnośnie do wypowiedzi pana posła Hoca – panie pośle, w naszych materiałach przekazanych Komisji jest informacja o programach lekowych, mówienie więc o tym, że nic nie ma, że nic się nie robi, jest dużym nadużyciem. Są tam również opisane programy na przyszłość. Warto czytać i nie budować negatywnej narracji, bo chyba w tak trudnej sprawie budowanie dodatkowych złych emocji nie ma większego sensu.

Natomiast, odnośnie do samych terapii lekowych, czy leków stosowanych lub niestosowanych – bo pytania o to też były – jeśli można, prosiłbym o pomoc panów profesorów.

Jest jeszcze jedno pytanie, które zarejestrowałem, do GIS – pytanie pana przewodniczącego – dotyczące dyrektywy. Myślę, że inspektor sanitarny na to pytanie odpowie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Zacznijmy od GIS, a później zabiorą głos panowie profesorowie. Proszę bardzo.

Naczelnik wydziału w GIS Maciej Ilnicki:

Szanowni państwo, jeśli chodzi o tak zwaną dyrektywę zakłuciową, mówiąc w skrócie, czyli o zapobieganiu zranieniom ostrym narzędziem, jest ona implementowana do prawa polskiego poprzez rozporządzenie wydawane z jednego z artykułów Kodeksu pracy. To rozporządzenie znajduje się w trakcie uzgodnień społecznych. Zostało ono udostępnione na stronach Ministerstwa Zdrowia i oczekujemy na uwagi odnoszące się do konkretnych przepisów tej naszej propozycji, w jaki sposób ta dyrektywa unijna ma być rozporządzeniem implementowana. Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na to, że – tak, jak wskazuje sama nazwa tej dyrektywy – jest to dyrektywa o zapobieganiu zakłuciom, co oznacza, że jest ona nakierowana na stworzenie takich warunków, w których do zakłucia nie będzie dochodzić, a więc przede wszystkim, na stosowanie różnych urządzeń, które minimalizują ryzyko wystąpienia zakłucia. Natomiast kwestia postępowania poekspozycyjnego jest szersza. Jest to kwestia w ogóle zapobiegania zakażeniom związanym z przerwaniem ciągłości tkanek. Te kwestie są realizowane przez szeroko pojęty resort zdrowia, przez Ministerstwo Zdrowia i Główny Inspektorat. Chodzi o ustawę z 5 grudnia 2008 r., która cały rozdział poświęciła zapobieganiu tym zakażeniom – powołaniu zespołów zwalczaniu zakażeń w jednostkach ochrony zdrowia. Tam jest też artykuł, który dotyczy zapobiegania zakażeniom w tych jednostkach, które nie są jednostkami ochrony zdrowia, a są gabinetami kosmetycznymi oraz innymi placówkami, w których wykonywane są zabiegi stwarzające ryzyko przerwania ciągłości skóry.

Na tym chciałbym poprzestać, bo problem jest szeroki, natomiast wszyscy mogą się zapoznać z propozycją implementacji tej dyrektywy. Została ona udostępniona i my, jako Główny Inspektorat Sanitarny, czyli jednostka upoważniona przez ministra zdrowia do prowadzenia tej dyrektywy, oczekujemy na państwa uwagi do konkretnych przepisów. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Kto teraz?

Konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych prof. Andrzej Horban:

Czy mogę dodać jedno zdanie na temat tego postępowania poekspozycyjnego? Otóż, ten system został wprowadzony 3 lata temu – zostało zmienione ustawodawstwo przez ministra zdrowia – całe postępowanie zostało złożone na karb pracodawcy i odpowiada za to lekarz zakładowy. Jest w tej chwili stworzony spójny system postępowania po ekspozycji na zakażenie wirusem B, C i HIV. Jest to obecnie zupełnie przyzwolicie realizowane.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan prezes, jak rozumiem. Czy tak?

Prezes IOZ Maciej Bogucki:

Chciałbym odnieść się do części pytań, które były skierowane do autorów raportu. Większość tych pytań, za które bardzo dziękuję, jest niezwykle cenna. Bardzo się cieszę, że jest możliwość odniesienia się do nich.

Pytania dotyczące tabelki pierwszej – zmniejszającej się wykrywalności w Polsce i różnic w wykrywalności w kraju. Wiąże się to z tym, że wykrywalność jest niezwykle niska i w żaden sposób nie odzwierciedla tego, jaki jest stan epidemiologiczny w poszczegól-

nych województwach czy w kraju. Pokazuje nawet, że od roku 2006 wykonujemy mniej badań diagnostycznych i z tego wynika spadająca wykrywalność. W latach 2005-2007 były programy, choćby samorządowe, które finansowały testy diagnostyczne niektórych grup. Tego finansowania, również samorządowego, z jakichś powodów teraz nie ma lub jest coraz mniejsze, więc coraz mniej testów jest wykonywanych. Z tego wynika mniejsza wykrywalność.

Jeżeli chodzi o to, dlaczego Hiszpania czy Włochy nie publikują raportów, nie jestem w stanie udzielić odpowiedzi, ale ponieważ ECDC jest swoistym europejskim odpowiednikiem GIS, więc może przedstawiciel GIS byłby w stanie udzielić odpowiedzi na to pytanie. Ja nie wiem, dlaczego nie publikują. Być może pan prof. Flisiak zechciałby się również odnieść do pytania, dlaczego w niektórych województwach jest większa wykrywalność. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz w kolejności.

Przedstawiciel Zakładu Wirusologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego--Państwowego Zakładu Higieny Kazimierz Madaliński:

Kazimierz Madaliński. Odpowiem na pytania pana przewodniczącego, dlaczego są różne liczby szacunków. Jestem immunologiem, wirusologiem w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego-PZH.

Ludzie wyraźnie nadużywają słowa „zakażenie”, nawet w publikacjach. Na podstawie wykrycia przeciwciał mówią, że ktoś jest zakażony. Tymczasem jest to tylko wyraz tego, że wytworzył przeciwciała w odpowiedzi na antygeny wirusa. W dwóch dużych studiach, które ostatnio wykonali panowie i mój zespół, liczba ludzi, którzy mają przeciwciała w Polsce jest równa – jest to 1,9%. Rzeczywiście jest to 725 tys. osób. Natomiast, tylko około 1/3 z nich, czyli 0,6%, ma HCV-RNA i w danym momencie jest zakażona. W ten osób operujemy nową liczbą rzeczywiście zakażonych w Polsce, czyli około 235 tys. osób. Oczywiście ci ludzie z przeciwciałami również powinni być obserwowani, ale pierwszą linię frontu tworzy te 235 tys. zakażonych. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan.

Kierownik kliniki UM w Białymstoku prof. Rober Flisiak:

Rober Flisiak. Będę kontynuować ten wątek, bo tu padały stwierdzenia, z którymi nie mogę się zgodzić, że liczba zakażonych i liczba tych, których musimy monitorować jest sprzeczna czy nieznana. Nie, proszę państwa. W tej chwili mamy bardo dużą wiedzę na temat tego, jak dużo osób jest zakażonych i jaka liczba osób powinna wymagać obserwacji. Właśnie te 700 tys. to jest ta grupa, która powinna być wychwycona tanimi, prostymi i szybkimi testami przesiewowymi, po to, żeby z nich wyselekcjonować tych, którzy wymagają leczenia, a ich jest 230-250 tys. Wartości odsetkowe powtarzają się w sposób niepokojący od lat. W tej chwili już nie można mówić, że dane epidemiologiczne na ten temat są niespójne. Możemy dyskutować. Z profesorem Zielińskim dyskutujemy odnośnie do metodyki, interpretacji, ale i on się zgadza z tym, że liczba 230 tys. to są ci, o których powinniśmy mówić jako o tych, których należy znaleźć, zdiagnozować i rozpocząć ich leczenie.

Różnice występowania pomiędzy województwami – to pytanie zadał pan przewodniczący. Powiem – bo dyskusja była teoretyczna – dlaczego jest taka wspaniała wykrywalność, jeśli chodzi o województwo podlaskie. Jeżeli pan przewodniczący zerknąłby do danych sprzed trzech-czterech lat, to podlaskie było białą plamą. My się wtedy dziwiliśmy – czy leczymy zdrowych ludzi? Raportowanie było fatalne. Wszystko się zmieniło, gdy znalazł się odpowiedni człowiek na odpowiednim stanowisku – osoba, która przejęła się swoją rolą i zaczęła realizować to, do czego została powołana. Są to ludzie, którzy po prostu – brzydko mówiąc – nękają lekarzy prowadzących pacjentów zakażonych HCV i egzekwują od nich raportowanie. Mielibyśmy zupełnie inne wyniki w tych województwach, które są „blade”, gdyby i tam pracowały takie osoby. Tę różnicę sam dostrzegłem,

gdy jako ordynator oddziału zacząłem być nękany e-mailami od osoby odpowiedzialnej za to.

Proszę państwa, padły pytania dotyczące leczenia. Inhibitory proteazy – dostępność. Faktycznie są zarejestrowane dwa leki – boceprevir i telaprevir. Padło pytanie, czy różnią się one ceną i skutecznością. Skuteczność jest zbliżona, cena również jest zbliżona, jeżeli chodzi o całą terapię. Oczywiście różnica polega na tym, że zupełnie inaczej postępujemy przy włączaniu bocepreviru, a zupełnie inaczej w przypadku telapreviru. Nie będę wnikać w szczegóły, bo te terapie są coraz bardziej skomplikowane – one są znaczni bardziej skompilowane niż dwulekowe – ale chodzi o to, że w terapii z telaprevirem my praktycznie leczymy pacjenta trójlekowo przez pierwsze trzy miesiące terapii, a potem on otrzymuje terapię dwulekową. W przypadku terapii boceprevirem, na początku jest miesięczna terapia dwulekowa, po której przez 44 tygodnie, a czasem krócej, pacjent otrzymuje terapię trójlekową. W związku z tym, paradoksalnie, jeżeliby liczyć koszty terapii w taki sposób, do jakiego jesteśmy przyczajeni – terapii miesięcznej czy tygodniowej – to okaże się, że jeden z tych preparatów, który jest dłużej stosowany, będzie tańszy. Jeżeli jednak spojrzymy na to pod kątem całej terapii – a tylko tak należy na to w tym wypadku patrzeć – to koszty są podobne. Zawsze to będzie kwestia negocjacji z producentami.

Dostępność. Jeden z tych leków był dostępny dla naszych pacjentów. Ci, którzy zostali wyleczeni, korzystali, na przykład, z udziału w badaniach klinicznych. Druga możliwość, z jakiej skorzystało około 230 pacjentów – i jeszcze korzysta – to programy wczesnego dostępu, finansowane przez producenta. Część pacjentów otrzymała lek w ten sposób. W tej chwili, poza tymi możliwościami, nie ma innej niż kupienie leku na własny koszt. A koszt całej terapii trójlekowej wynosi aktualnie 120-140 tys. zł. Dla porównania powiem, że terapia dwulekowa kosztuje około 40 tys. zł. Przy czym, chciałbym powiedzieć, że żeby zrównoważyć te koszty, nie wszyscy pacjenci muszą otrzymać leczenie trójlekowe. Oczywiście, zgodnie z charakterystyką leku, wskazaniem do terapii trójlekowej z inhibitorami proteazy jest bycie zakażonym genotypem 1 wirusa i bycie dorosłym. To wszystko, co trzeba. Takie postępowanie przyjęły państwa, w których już jest refundowane to leczenie, a są to nie tylko zamożne państwa Europy Zachodniej, czyli Niemcy, Francja czy Wielka Brytania, bo przymierzają się do tego nie tylko Włochy, ale również Portugalia i Hiszpania – są już mocno zaawansowane w refundowaniu terapii trójlekowej.

Skuteczność terapii. Najwięcej korzyści z terapii trójlekowej uzyskują ci pacjenci, którzy tak naprawdę nie powinni już czekać na leczenie, bo mają zaawansowaną chorobę – mają marskość wątroby. W tej grupie korzyści z ewentualnej terapii trójlekowej są największe. Ci pacjenci w pierwszej kolejności powinni nieć możliwość skorzystania z tej terapii.

Padło pytanie także o terapię HBV i nieszczęsną lamiwudynę. To jest temat bardzo ciekawy, proszę państwa, bo być może niewielu z państwa wie, że lamiwudyna jest lekiem, który obecnie jest w praktyce lekiem pierwszego rzutu u znacznej większości pacjentów w Polsce. Natomiast, jeżeli zerkniemy do charakterystyki tego leku, to znajdziemy tam wyraźnie zapisane przez producenta, że lamiwudyna nie powinna być stosowana w leczeniu zakażeń HBV jako lek pierwszego rzutu. Mamy więc sytuację, w której lek, według producenta, nierekomendowany do dalszej terapii, traktowany jest jako lek pierwszego rzutu w Polsce. Jest to unikalna sytuacja w Europie, i nie tylko.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Myślę, że odpowiedziano na wszystkie pytania. Zgłasza się jeszcze pan poseł Hoc i pani. Bardzo proszę, krótko – dosłownie dwa zdania. Później pan poseł.

Prezes Fundacji „Transplantacja O.K.!" Magdalena Kożuchowska:

Nas, pacjentów, bardzo martwi przepychanka dotycząca liczb 700 tys. i 230 tys., ponieważ istnieją dwa polskie słowa: „zakażeni" i „zakażający". Dla osób z małego miasteczka byłoby chyba wszystko jedno, czy chodziłoby po nim 5 osób z trądem, czy 15 osób z trądem. Wystarczy, że chodzą.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Proszę się jeszcze przedstawić. Pani już to wcześniej robiła, ale proszę jeszcze raz się przedstawić.

Prezes Fundacji „Transplantacja O.K.!" Magdalena Kożuchowska:

Magdalena Kożuchowska – Fundacja „Transplantacja O.K.!", a także Koalicja Hepatologiczna.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan poseł Hoc, bardzo proszę.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Panie przewodniczący, podtrzymuję moje stanowisko i zgłaszam oficjalnie wniosek o to, żeby przyjąć dezyderat.

Powiem jeszcze dwa zdania, aczkolwiek nie chcę polemizować z panem ministrem. Żadnych negatywnych emocji nie wywoływałem i żadnych narodowych programów nie cytowałem. Znam te narodowe programy, które istnieją i nie wiem, czy pan minister obudził się już, czy jeszcze wsłuchuje się w coś innego, bo ja tego nie powiedziałem i żadnych negatywnych emocji nie wywoływałem. Natomiast negatywną emocje wywołuje właśnie wypowiedź pana ministra, ale to już inna sprawa.

W każdym razie, podtrzymuję swój wniosek. Natomiast, jeśli się okaże, panie przewodniczący, jeśli chodzi o zespół Platformy Obywatelskiej i PSL, który tak dzielnie zawsze trwa do końca każdego posiedzenia Komisji Zdrowia, bo a nuż będzie jakieś głosowanie, że nie ma kworum w Komisji, to nie chcę nikogo oceniać, ale ocenią to ludzie, którzy tutaj przyszli.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Myślę, panie pośle, żeby na razie postawić kropkę. Jest wniosek zgłoszony przez pana. Zgłasza się jeszcze poseł Katulski. Potem przejdziemy do procedowania tego wniosku formalnego.

Poseł Jarosław Katulski (PO):

Krótko, *ad vocem*. Posłowie Platformy Obywatelskiej siedzą do końca nie dlatego, żeby siedzieć, tylko dlatego, że taki jest obowiązek posła, żeby uczestniczyć w pracach Komisji. Oczywiście zgłaszam wniosek przeciwny – żaden dezyderat nie jest przygotowany. Czegoś takiego nie robi się na kolanie, panie pośle. Jeśli pan będzie chciał to przygotować, to na którymś kolejnym posiedzeniu Komisji moglibyśmy się tym ewentualnie zająć. Na pewno nie dzisiaj.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pan przewodniczący uprzedził moją propozycję. Chciałbym zaproponować – bo oczywiście nie mamy w tej chwili gotowego dezyderatu – żeby pan poseł Hoc jako pomysłodawca wystąpienia z dezyderatem w tej sprawie, w porozumieniu z prezydium Komisji, przygotował taki dezyderat. Po uzgodnieniach w prezydium Komisji, na kolejnym posiedzeniu Komisji, przedstawilibyśmy ten dezyderat pod głosowanie. Taka jest propozycja. Dobrze, jeszcze pan poseł Hoc. Rozumiem, że jedno zdanie.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Mam już przygotowany dezyderat. Bardzo króciutki. Mogę go przedstawić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, myślę jednak, że należałoby tę sprawę potraktować ze spokojem…

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Ale tu nie chodzi o spokój, bo jest totalny spokój. Chodzi o to, żeby być konsekwentnym i konstruktywnym.

Dezyderat jest króciutki: „Zważając na istotny aspekt zagrożenia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia publicznego, a także na dramatycznie wysokie koszty w sytuacji braku nowoczesnego leczenia osób zakażonych wirusem HCV, Komisja Zdrowia zwraca się do rządu o stworzenie Narodowego Programu Identyfikacji i Nowoczesnej Terapii Zakażeń HCV".

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. W takim razie przyjmuję propozycję pana posła. Zgłasza się pan poseł Miller. Proszę.

Poseł Rajmund Miller (PO):

Szanując obecność państwa, prosiłbym panów o jak najdalsze odejście od walki politycznej. Pani pośle Hoc, pan prawie na każdym posiedzeniu Komisji próbuje wykorzystać sytuację problemów finansowych w służbie zdrowia i zgłasza pan dezyderaty wiedząc, że nie będą one mieć wielkiego skutku.

Jeszcze raz powiem, że musimy zadać sobie pytanie, jaką opiekę zdrowotną możemy zaproponować przy obecnym stanie finansowania medycyny. To nie jest brak szacunku dla państwa, bo państwo są obecni na dzisiejszym posiedzeniu Komisji, ale przed państwem przychodzili do nas również ludzie chorzy na cukrzycę i nowotwory, którzy są w podobnej sytuacji i słyszą podobne propozycje. To jest nieuczciwe wobec państwa.

Myślę, że musimy skierować do ministerstwa pytanie. Nie usłyszałem od specjalistów informacji o tym, jakie to są koszty, bo myślę, że problemów jest kilka. Pierwszym jest to, żeby przerwać łańcuch zakażeń. Drugi – skoro jest tyle tysięcy zakażonych, to co zrobić, żeby tych ludzi skutecznie leczyć. W związku z tym musimy wiedzieć, jakie są potrzebne środki, ile pieniędzy, co w tym zakresie możemy zrobić. To jest łudzenie państwa tym, że nagle znajdą się środki i będziemy w stanie państwu pomóc. Jesteśmy posłami, ale i lekarzami. Jestem lekarzem i rozumiem państwa sytuację, tak jak i sytuację pacjentów chorych na cukrzycę czy chorych na nowotwory. To nie jest problem, który rozwiążemy dezyderatami. Myślę, że trzeba się jeszcze raz umówić i przedstawić możliwości. Tu pytanie do pana ministra – jakie są realne możliwości? Jakie środki możemy przekazać, żeby w jak najlepszy sposób zabezpieczyć zdrowie państwa i innych osób.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan przewodniczący Piecha, proszę.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Sądzę, że dezyderat, który zgłosił pan poseł Hoc, wymaga doprecyzowania. Wiemy, że ministerstwo nad czymś pracuje, natomiast, panie doktorze, panie pośle, mamy tutaj gości, którzy są chorzy na wirusowe zapalenie wątroby typu C…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Kieruje pan te słowa do pana posła Millera?

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, do pana posła Millera. Niedobrą rzeczą jest proponować im pijawki i jakąś starą terapię. Oni oczekują od nas normalnego zajęcia się tą sprawą.

Nie jest tak, że państwo nie zdają sobie sprawy z sytuacji finansowej ochrony zdrowia. Przecież państwo doskonale zdają sobie z tego sprawę – ja z państwem już rozmawiałem. Natomiast musimy pamiętać, że w refundacji leków, panie pośle, pojawił się nagle miliard złotych tak zwanych oszczędności. To rząd musi zadecydować, jeśli chodzi o te pieniądze, które były dedykowane na refundację leków, w tym programów lekowych. Nie jest tak, że nie staniemy przed tego typu zadaniem. Posłowie mogą kierować różnego rodzaju dezyderaty, przy czym – zwracam się do posła Hoca – ten dezyderat nie jest najszczęśliwiej sformułowany, bo nie mamy takiej praktyki, żeby robić coś na gorąco. Natomiast rząd musi się do dzisiejszych wniosków odnieść, ponieważ – jak powiedziałem – od końca sierpnia leży na koncie miliard złotych niewykorzystanych środków z budżetu refundacyjnego. To wiemy. Jak one będą rozdysponowane, to inna sprawa. Posłowie mają prawo i obowiązek apelować, żeby były skierowane również do tych chorych, którzy, na przykład, chorują na WZW typu C. Przy czym, panie pośle, te koszty zostały policzone. Z tego, co pamiętam, gdyby przyjąć taki program, w roku przyszłym mówilibyśmy o 70 mln zł., a w roku kolejnym o 140 mln zł. W kolejnym roku, bo będą nowe zachorowania – dlatego jest taki wzrost. Ten problem ministerstwo również zna, bo go sygnalizowało.

Nie wiem – bo nie prowadzę tych obrad – czy prosić pana posła Hoca, żeby wycofał się z tego dezyderatu. Być może trzeba go przedstawić na posiedzeniu Komisji, być może

do tego trzeba wrócić, ale głosowanie w tak okrojonym składzie Komisji ma zbyt mały mandat, żeby to później realizować. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Bardzo proszę, pan poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):
Oczywiście nie wycofuję tej propozycji, ale zdaję sobie sprawę z realiów. Przygotuję wraz z prezydium Komisji bardzo szczegółowy niosek i ewentualnie na następnym posiedzeniu będziemy mogli to przegłosować.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dobrze. Dziękuję bardzo. Jeszcze jedno zdanie pan poseł Miller.

Poseł Rajmund Miller (PO):
Panie przewodniczący, nie proponowałem pijawek.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):
Jesteśmy wdzięczni.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Myślę, że już wystarczy, panowie posłowie. Nie wchodźmy w polemiki.

Poseł Rajmund Miller (PO):
Chciałbym tylko wyjaśnić do końca, bo państwo mogą myśleć, że nie zależy mi na leczeniu chorych. Przeciwnie. Chcę powiedzieć, że musimy przeprowadzić bardzo poważną debatę na temat opieki zdrowotnej i leczenia nie tylko państwa – bo jesteście tylko częścią społeczeństwa, które jest dotknięte różnymi chorobami. Trzeba usiąść i zastanowić się nad tym, jak podzielić środki i gdzie znaleźć pieniądze, żeby państwu pomóc.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Szanowni państwo, jest propozycja przygotowania dezyderatu przez pana posła Hoca, w porozumieniu i uzgodnieniu z prezydium Komisji. Czy ktoś z państwa jest przeciwny przyjęciu takiego rozwiązania?

Stwierdzam, że nikt nie jest przeciwny. W związku z tym, dezyderat zostanie przygotowany i przedstawiony Wysokiej Komisji. Oczywiście państwo, jako strona społeczna, zostaną poinformowani o treści dezyderatu. Mam nadzieję, że na następnym posiedzeniu Sejmu ten dezyderat będzie przedstawiony. Tyle w tej sprawie.

Zamykam posiedzenie Komisji.